

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 428

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Marcel GERVAIS

LES

Céphalées d'Origine Génitale

Président : M. POUCHET, professeur

Juges { MM. PIERRE MARIE, professeur
RICHAUD, agrégé
ANDRÉ JOUSSET, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

428

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Marcel GERVAIS

LES

Céphalées d'Origine Génitale

Président : M. POUCHET, professeur

Juges { MM. PIERRE MARIE, professeur
RICHAUD, agrégé
ANDRÉ JOUSSET, agrégé



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

—
1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD		
	{ DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE		
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène.....	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET		
Pathologie expérimentale et comparés.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM		
	{ DIEULAFOY		
	{ DEBOVE		
	{ LANDOUZY		
Maladies des enfants.....	HUTINEL		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER		
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND		
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU		
	{ BERGER		
	{ RECLUS		
	{ SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD		
	{ BAR		
	{ RICHEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LCEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL, chef
CARNOT	JEANSELMÉ	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de la Pitié

Externat 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

Externat 1906-1907

MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR WALLICH

Professeur Agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Professeur Agrégé

Chirurgien de la Maison de Santé

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

LES

Céphalées d'Origine Génitale

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons le devoir d'adresser l'expression de notre gratitude à M. le Dr Dalché qui les a dirigées, avec une bienveillance si attentive, pendant l'année que nous venons de passer, comme externe, dans son service. C'est à ce maître que nous devons le sujet du travail que nous présentons ici ; c'est grâce à ses leçons cliniques, à ses communications et à ses conseils, que nous avons pu le mener à terme. La meilleure façon de l'en remercier eût été de nous en montrer digne, en restant exactement fidèle à leur esprit. Malgré tous nos efforts, nous ne nous flattons pas d'y avoir réussi. Tout au plus espérons-nous être parvenu à dégager l'intérêt qui s'attache à une question de gynécologie peu étudiée jusqu'à présent, mais qui mérite de l'être davantage.

Nous remercions très vivement M. le professeur Pouchet de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse, et nous nous permettons de l'assurer de notre reconnaissance très respectueuse.

INTRODUCTION

Nous ne possédons aucune statistique sur la fréquence de la céphalée aux divers moments de la vie génitale de la femme. M^{lle} Maria Tobler, qui a étudié les diverses manifestations des règles, chez plus de mille femmes de tout âge, de toutes conditions, et répondant à la moyenne par leur état général ou génital, ne l'a pas isolée des autres symptômes. Elle note simplement sa présence habituelle chez 47,4 o/o de ses sujets, et son apparition est rare chez quelques autres. Elle ne nous apprend donc rien de bien précis. Mais une précision rigoureuse n'est pas ici indispensable, et ce que nous savons de la fréquence de la céphalée, au cours des règles normales ou anormales, comme aussi à l'époque de la puberté et de la ménopause, suffit amplement pour que nous puissions affirmer qu'elle a le plus souvent une origine génitale.

Les organes génitaux la mettent en mouvement, mais elle ne se développe pas sur tous les terrains. M^{lle} Maria Tobler la fait toujours apparaître sur un fond de symptômes où l'élément nerveux tient la plus grande place. Et en effet on ne l'observe guère que

chez les nerveuses, au point que, dans bien des cas, elle est plutôt en rapport avec l'état nerveux qu'avec l'état génital.

La céphalée génitale n'a qu'un caractère vraiment constant et qui lui est d'ailleurs commun avec beaucoup d'autres céphalées, c'est d'être superficielle et par conséquent bien distincte de l'encéphalalgie des tumeurs, des gommès et des abcès cérébraux. Considérée en elle-même, elle n'offre donc rien de bien particulier. Cependant, dans certains cas, son évolution spéciale et les symptômes concomitants permettent de lui décrire quelques types cliniques assez tranchés.

Mais assez souvent il pourra être plus difficile de la reconnaître. Car il ne suffit pas qu'une femme présente des accidents du côté de la menstruation pour que la céphalée dont elle se plaint doive leur être nécessairement rapportée. Il ne manque pas d'aménorrhées ou de ménorragies exemptes de toute manifestation céphalique et, inversement, de maux de tête indépendants de tout désordre fonctionnel de l'utérus ou des annexes. Il faudra donc établir par quels signes elle se distingue des céphalées qui la simulent ou qu'elle peut simuler.

Son origine génitale une fois démontrée, on déterminera son étiologie, c'est-à-dire le processus par lequel l'état génital a pu se réfléchir vers la tête, afin d'être en mesure d'instituer le traitement qui lui convient.

Notre travail sera donc divisé en quatre parties con-

sacrées : la première, à l'étude des diverses formes de la céphalée génitale ; la deuxième, à son diagnostic ; la troisième, à son étiologie ; la quatrième, à sa thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE

Etude clinique des diverses formes de la céphalée génitale

I. — CÉPHALÉE DES RÈGLES NORMALES. — Chez certaines femmes dont les règles ne présentent cependant aucune anomalie, les maux de tête peuvent survenir au moment de chaque menstruation, avec une régularité qui dénonce leur origine génitale. L'importance relative de l'élément génital et de l'élément nerveux est ici très discutable ; il est probable cependant que le premier s'efface le plus souvent au profit du second.

II. — CÉPHALÉE DE L'AMÉNORRHÉE. — a) *Aménorrhée accidentelle*. — A la suite de l'aménorrhée accidentelle, la céphalée persiste généralement, avec des localisations et une intensité variables, jusqu'au retour des règles. Mais elle ne disparaît pas toujours à ce moment et parfois elle a une durée beaucoup plus longue. Elle évolue fréquemment sur un fond complexe de symptômes, où peuvent figurer la dyspnée, les hémorrhagies, la fièvre, le délire, et qui est en relation avec les poussées fluxionnaires que déter-

mine, sur les différents organes, l'arrêt du flux sanguin.

Une jeune fille de la salle Valleix avait vu ses règles s'arrêter brusquement, à la suite d'un bain chaud de dix minutes (obs. I). Fallait-il incriminer le bain ou le refroidissement consécutif? Toujours est-il qu'immédiatement son visage se congestionna et qu'elle éprouva un mal de tête, d'abord léger, mais qui le soir même devenait très violent et s'accompagnait de délire. Localisé au vertex, où il était assez faible, à l'occiput et latéralement aux pariétaux où il présentait son maximum d'intensité, il était continu et beaucoup plus vif le soir que le matin. Lors de ses paroxysmes, survenaient des vertiges et des crises de sueur limitées au front.

Le traitement amena dix jours après leur interruption, un retour des règles de très courte durée. A partir de ce moment, la céphalée s'atténua, se maintint encore très légère pendant deux semaines, et quand la malade quitta le service, un mois après l'accident, elle avait complètement disparu.

On avait constaté, dès le début, une fièvre peu intense et très irrégulière que des douleurs abdominales d'abord diffuses, localisées ensuite au point de Marc Burney, et des vomissements répétés pouvaient faire attribuer au réveil d'une appendicite traitée et guérie trois ans auparavant, par des moyens médicaux. Peut-être s'agissait-il d'une appendicite hystérique.

b) *Aménorrhée naturelle.* — La simple diminution

du flux cataménial peut donner naissance à une céphalée assez intense pour nécessiter le repos au lit. Telle celle que l'on observe aux débuts de la tuberculose pulmonaire, et même dans la tuberculose ancienne, lorsque ces lésions tendent à la sclérose (obs. II).

Quand l'aménorrhée est constituée, la céphalée peut être presque continue. Elle est plus souvent discontinue, et son évolution est parfois très caractéristique. Elle survient périodiquement, au moment où les règles devraient paraître, se maintient pendant quelques jours, pour disparaître définitivement ou revenir au contraire, dans l'intervalle, par accès irréguliers et beaucoup moins intenses.

Une jeune femme de vingt-sept ans s'était présentée à la consultation de M. Dalché pour une aménorrhée persistante datant de neuf ans (obs. III). Dès le début, elle avait éprouvé, chaque mois, à intervalles réguliers, une céphalée très intense, pulsative, générale par instants, mais ordinairement localisée au front et aux tempes, et durant un jour ou deux. Elle se doublait d'une hyperesthésie du cuir chevelu si prononcée, qu'elle rendait la simple palpation douloureuse, et s'opposait absolument aux soins de la coiffure. Il y avait, en même temps, dans le ventre, au niveau des fosses iliaques, et plus rarement dans les reins, des douleurs violentes qui indiquaient nettement son point de départ. Dans la période intercalaire, la céphalée revenait habituellement, mais d'une façon irrégulière, et disparaissait au bout

d'une huitaine de jours. Elle était frontale, peu intense, et n'avait aucun caractère particulier.

Aménorrhée avec chlorose. — Certaines aménorrhéiques, et c'était précisément le cas de cette femme, ont le visage coloré, comme si la congestion utérine, détournée de son rôle physiologique, s'était reportée vers la face. Il est plus fréquent qu'elles aient un teint pâle ou terreux qui, rapproché de leur nervosisme, de leur appétit capricieux, de leur constipation habituelle, peut faire songer à une ébauche de chlorose. La chlorose est d'ailleurs fréquente chez les femmes sujettes à l'aménorrhée, et nous savons, par l'observation partout citée de Pidoux, qu'elle peut être réalisée d'emblée par la suppression brusque du flux menstruel. Il n'est donc pas surprenant que la céphalée qui est un symptôme commun aux deux affections soit presque constamment observée chez les aménorrhéiques atteintes de chlorose. Elle peut alors présenter une gravité toute particulière, due peut-être à l'appoint de la céphalée chlorotique, peut-être aussi à une perversion spéciale des fonctions génitales dont la chlorose serait la manifestation la plus apparente.

Une jeune bonne de dix-huit ans, originaire de la campagne, était entrée salle Valleix, pour des maux de tête qui, depuis quatre mois, ne lui laissaient aucun répit et lui rendaient tout travail impossible (obs. IV). Elle avait le teint verdâtre des chlorotiques et laissait entendre, à l'auscultation, des souffles anémiques, au niveau du cœur, et un bruit de

rouet dans les jugulaires. Elle était de plus très nerveuse, mais dormait bien, mangeait de bon appétit, allait très régulièrement à la selle, et n'avait pas de pertes blanches.

La céphalée d'abord diffuse et étendue à tout le crâne, sauf l'occiput, s'était ensuite localisée à l'occiput et aux deux pariétaux. Elle se limita finalement au côté droit de la tête, d'où elle irradiait jusque dans l'oreille droite, avec une telle intensité, qu'on crut à une otite moyenne et qu'on procéda à un examen spécial dont le résultat fut négatif. Elle était presque exclusivement diurne et n'empêchait pas le sommeil. La douleur était si vive, qu'elle éveillait chez la malade des idées de suicide. Elle s'atténua peu à peu, sous l'influence du traitement, mais ne disparut que vers le milieu de mars, six mois après son début.

Aménorrhée avec syndrome basedowiforme. — L'apparition du syndrome de Basedow, au cours d'une aménorrhée, n'a rien de bien surprenant. Elle mérite cependant d'être signalée, quand la suppression des règles se complique de maux de tête, parce que la régression fréquente des signes du goître exophtalmique, sous l'action du traitement dirigé contre la céphalée, est de nature à faire croire que, dans certains cas, ils sont, comme celle-ci, l'expression d'un état génital.

Une femme de trente-trois ans est atteinte d'aménorrhée accidentelle à la suite d'une émotion violente (ob. V). Elle accuse, dès le début, une cépha-

léc intense et tenace, tantôt diffuse, tantôt localisée à l'occiput, au vertex, aux tempes et plus rarement au front où elle prédomine habituellement au-dessus des orbites, accompagnée de bouffées de chaleur, de crises de sueur et de palpitations.

En même temps, et dans un ordre que nous n'avons pu préciser, apparaissent d'autres signes de la maladie de Basedow : hypertrophie sensible et symétrique des deux lobes de la thyroïde ; exorbitisme modéré mais suffisant pour empêcher l'occlusion complète des paupières ; tachycardie oscillant entre 100 et 120 pulsations. Un peu d'agitation, mais très peu de tremblement et seulement par accès très éloignés, pas d'albuminurie, pas de diarrhée.

Le traitement, commencé en février, fut poursuivi pendant deux mois et demi. A sa sortie, la malade présentait encore une tachycardie aussi marquée qu'à son arrivée, mais les maux de tête, le goître, l'exorbitisme avaient disparu, et leur régression simultanée, sous l'influence de la même médication, paraissait bien relever de leur communauté d'origine dans les organes génitaux.

III. — DYSMÉNORRHÉE. — Dans la dysménorrhée, la céphalée est d'ordinaire accompagnée de douleurs abdominales et lombaires, de névralgies diverses et particulièrement de névralgie iléo-lombaire. Elle survient souvent un jour ou deux, parfois quelques heures seulement avant l'apparition des règles. Dans certains cas, elle cesse dès l'éruption du sang, habi-

tuellement elle persiste jusqu'à la fin. Elle peut disparaître pendant l'éruption pour éclater de nouveau dès qu'elle est terminée (obs. IX). C'est une douleur diffuse ou localisée au front et aux tempes, quelque fois assez violente pour nécessiter le repos au lit. Il n'est pas rare qu'elle se termine par un accès de migraine avec nausées et vomissements, après lesquels tout rentre dans l'ordre, (obs. VII et X). M^{lle} Maria Tobler a observé quelques cas où la migraine survenait régulièrement tous les deux mois, et était remplacée à l'époque intermédiaire par des douleurs lombaires et abdominales. Nous avons vu assez souvent les variations dans l'abondance du flux sanguin s'accompagner de variations inverses dans l'intensité de la céphalée.

Il est assez fréquent que la céphalée revienne dans la période intercalaire, d'autant plus que l'affection se prolonge davantage, et elle peut alors devenir presque continue, avec paroxysmes au moment des règles.

IV. — CÉPHALÉE DES MÉNORRHAGIES ET DES MÉTRORRHAGIES. — a) La céphalée des ménorrhagies et des métrorrhagies présente généralement une gravité avec leur abondance et leur durée. Elle varie dans le même sens que l'écoulement et, s'il n'a pas été trop prolongé, s'atténue graduellement dès qu'il est arrêté, pour disparaître ensuite peu à peu. Parfois cependant nous l'avons vue se calmer à une reprise du flux sanguin, dans des circonstances qui pou-

vaient faire supposer qu'il représentait les règles normales.

Elle est diffuse ou localisée, presque continue, souvent pulsative, plus intense la nuit que le jour, sans que ce caractère ait rien de constant. Il est fréquent qu'elle se manifeste sur un fond de nervosisme ou d'instabilité nerveuse qui lui est le plus souvent antérieur, mais peut, sous l'influence de l'affection causale, s'exagérer au point de faire, dans certains cas, songer à l'hystérie.

b) *Ménorrhagies et métrorrhagies avec pseudomyxœdème*. — Il arrive quelquefois qu'avec des pertes de sang très abondantes qui s'éternisent ou se répètent fréquemment, la céphalée, tout en restant, dans ses principales lignes, fidèle au type que nous avons indiqué, s'accompagne d'un ensemble de signes qui peuvent rendre son diagnostic difficile.

Une femme de trente-six ans, n'ayant jamais eu de rapports sexuels (obs. XI) avait été atteinte pendant sept à huit mois de métrorrhagies graves que le traitement était parvenu à arrêter. Après six mois de guérison apparente, elle eut une nouvelle perte de sang qui durait depuis vingt jours, quand elle fut admise dans la salle Valleix, et qui ne cessa qu'une semaine plus tard, pour recommencer dans la suite, à intervalles assez rapprochés, mais avec une intensité décroissante.

Au moment de son entrée, elle avait un visage bouffi, en pleine lune ; un cou court et épais qui empêchait l'exploration de la thyroïde ; des tégu-

ments empâtés et comme œdématisés. Constamment fatiguée, triste et préoccupée, elle ne frayait avec aucune des autres malades. Somnolente pendant le jour, la nuit elle dormait à peine, et ses rares instants de sommeil étaient troublés par des rêves pénibles où figuraient sans cesse des morts et des cimetières. Elle souffrait du froid aux pieds et aux jambes, mais avait chaud dans tout le haut du corps et se trouvait toujours trop couverte.

Elle éprouvait une céphalée continuelle dont le début remontait à trois mois et qui, diffuse ou localisée à l'occiput, au front, au vertex, où la moindre pression l'exaspérait, était plus vive la nuit que le jour, et le soir que le matin. Elle était parfois pulsative et lui donnait ordinairement, le matin surtout, une sensation de vide cérébral. Elle était accompagnée de douleurs dans le ventre ; au-dessus de la clavicule ; le long de la colonne vertébrale, tantôt entre les deux épaules, tantôt aux lombes ou au sacrum ; d'élancements dans les mollets.

Ainsi se trouvait réalisé un état complexe où des troubles menstruels, le myxœdème et la neurasthénie pouvaient tour à tour être incriminés.

La céphalée génitale est étroitement liée au tempérament et surtout à l'âge des sujets, et sa physiologie tient plutôt au terrain sur lequel elle évolue

qu'à l'affection qui lui a donné naissance. Aussi est-ce aux deux extrémités de la vie génitale, à la puberté et à la ménopause, et spécialement chez les arthritiques et les nerveuses, qu'elle revêt les aspects les plus caractéristiques.

V. — CÉPHALÉES DE LA PUBERTÉ. — Au moment de la puberté, l'apparition des premières règles est souvent précédée, pendant des semaines et des mois, de violents maux de tête qui tantôt procèdent par accès, tantôt s'installent et se maintiennent sans interruption. Aux approches de l'éruption menstruelle, ils augmentent d'intensité, pour se calmer généralement, mais non toujours, dès qu'elle est établie. Parfois ils disparaissent pendant la période intercalaire ; ordinairement ils persistent en s'atténuant, pour se réveiller subitement sous l'action de la cause la plus banale : une émotion ou même un abaissement de température. Leur localisation habituelle est au front ou dans la région sus-orbitaire. Ils peuvent être réduits à une sensation de pesanteur, ou au contraire acquérir une grande intensité et simuler la migraine. Il n'est pas rare qu'il s'y ajoute des éblouissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des bouffées de chaleur. C'est la céphalée pubérale décrite par M. Dalché. (*Gaz. des Hôp.*, 21 mars 1908.)

Elle peut, avec des interruptions, se prolonger pendant de longues années. Dans une observation de M. Dalché, elle avait débuté à la puberté et durait encore à l'âge de trente ans. Elle s'observe surtout

chez les neuro-arthritiques aux extrémités habituellement froides, aux sommeils troublés par des cauchemars ; chez les jeunes filles réglées tardivement et sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de dysménorrhée.

VI. — CÉPHALÉES DE LA MÉNOPAUSE. — a) *Ménopause naturelle*. — Les auteurs qui ont étudié les troubles de la ménopause insistent particulièrement sur les bouffées de chaleur ; ils signalent aussi les vertiges et les étourdissements, mais ne disent rien ou presque rien de la céphalée, au point que quelques-uns paraissent même l'ignorer.

C'est qu'en effet la céphalée, lorsque la ménopause s'établit d'une façon normale, par degrés insensibles, tient peu de place dans sa symptomatologie. Elle n'apparaît qu'à intervalles assez éloignés, elle est peu intense, et dans bien des cas il est permis de penser qu'elle est plus en rapport avec les préoccupations inhérentes à cette époque de la vie, qu'avec les modifications physiologiques de l'organisme.

Mais il y a des exceptions. Nous avons observé, dans la salle Valleix (obs. XII) une femme de cinquante-deux ans qui, bien que préparée à la suppression définitive des règles, par l'accroissement progressif des périodes intercalaires, avait éprouvé, dès le début, des troubles divers parmi lesquels la céphalée, bien que dominée par les bouffées de chaleur, les crises de sueur et les poussées congestives du côté de l'appareil respiratoire, tenait une place importante. Les irrégularités menstruelles furent

suivies d'une longue période d'aménorrhée qui se termina par deux menstruations assez rapprochées, mais d'apparence presque normale. A ce moment l'état de la malade qui, pendant trois ans, n'avait d'ailleurs présenté aucune rémission, était devenu assez pénible pour nécessiter son entrée à l'hôpital.

Les exceptions se multiplient et deviennent presque la règle, lorsque la suppression des mois, au lieu d'être graduelle, se produit avec plus ou moins de brusquerie. Les maux de tête augmentent de fréquence et d'intensité et, malgré l'aggravation habituelle de tous les autres symptômes, ils peuvent arriver à les dominer complètement. C'est ce que l'on observe à la suite de l'aménorrhée définitive, qu'elle soit produite par une émotion, un traumatisme ou un refroidissement, ou qu'elle soit réalisée par la castration utéro-ovarienne.

b) *Ménopause chirurgicale*. — M. Jayle, qui a étudié les troubles consécutifs à cette opération, a été un des premiers à signaler la fréquence et la gravité de la céphalée. Variable dans son siège et dans son intensité, elle se localise au front, au vertex, à l'occiput. Elle est continue ou discontinue, simulant parfois la migraine avec ses nausées et ses vomissements. Elle peut se compliquer de névralgies soit faciales, soit occipitales et s'accompagne d'ordinaire de bouffées de chaleur, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de tachycardies, de sueurs profuses. Elle s'ajoute aux insomnies et aux cauchemars pour rendre impossible le repos de la nuit. Il y a, par

moment, des périodes d'abattement, de tristesse et de dépression nerveuse. C'est, dans son ensemble, un état neurasthéniforme sur lequel viennent quelquefois se greffer, comme l'a observé M. Jayle, des troubles oculaires, et qui peut devenir assez grave pour donner lieu à une véritable incapacité professionnelle.

Généralement ces troubles s'amendent peu à peu ; mais la céphalée est plus rebelle et, le plus souvent, elle est la dernière à disparaître. En tout cas, ils peuvent avoir une durée bien plus longue que celle qu'on leur assigne habituellement. Dans l'observation XIII, les maux de tête avec leur cortège ordinaire de bouffées de chaleur et de vertiges, consécutifs à une double ovariectomie datant de trois ans, non seulement persistaient quand la malade entra à l'hôpital, mais encore avaient subi dans les deux derniers mois, une aggravation notable. Cependant des flux de sang ayant l'apparence des règles étaient survenus, dans les deux dernières années, à six mois d'intervalle et pouvaient faire supposer que la castration n'avait pas été totale.

Il arrive parfois qu'au moment où on les croyait définitivement disparus, ces troubles reviennent plus intenses et plus obsédants que jamais.

Nous avons observé une femme de trente-huit ans (obs. XIV) qui, consécutivement à deux grossesses tubaires, avait subi l'ablation des annexes. Pendant deux ans, elle ne ressentit que des troubles assez légers et qui ne l'empêchaient pas de vaquer à ses

occupations. Mais alors que, suivant l'opinion courante, on aurait dû porter à son sujet le pronostic le plus favorable, ils s'exaltèrent tout à coup et atteignirent bientôt une intensité presque désespérante.

La malade éprouvait une céphalée continue, diffuse, avec exacerbations douloureuses en des points variables, tempes, front, occiput, vertex, accompagnée de névralgies faciale ou occipitale, de douleurs dans les membres, de dépression nerveuse. La nuit, elle dormait à peine, et ses courts instants de sommeil étaient coupés de rêves tristes ou angoissants.

Quand elle se présenta dans le service de M. Dalché, cet état qui lui rendait difficile l'exercice de sa profession, durait depuis quatre ans, sans modifications sensibles. Aujourd'hui il est très amélioré ; La céphalée, les palpitations, les bouffées de chaleur ont à peu près disparu ; mais elles tendent à reparaitre, dès que le traitement est suspendu.

Tous ces troubles se réveillent parfois après une période d'accalmie extrêmement longue qui, dans certains cas, a pu atteindre et dépasser dix ans. Souvent leur recrudescence coïncide avec l'époque où les malades auraient dû atteindre la ménopause naturelle.

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic

GÉNÉRALITÉS. — Pour distinguer la céphalée d'origine génitale des autres céphalées qui ont avec elle tant de points communs, il ne faudra pas compter sur ses caractères intrinsèques. Nous avons déjà montré que, par eux-mêmes, ils n'ont pas de signification bien précise.

Il est sans doute des circonstances où l'étude des anamnestiques et l'absence constatée de toute autre cause appréciable empêchent toute hésitation et imposent le diagnostic.

Un mal de tête survient au moment où les règles vont paraître ou pendant leur éruption, et se répète invariablement à toutes les époques, avec les mêmes caractères de localisation, de durée, d'évolution, sans jamais se montrer dans leur intervalle (obs. VII) ; ou bien, au cours d'une aménorrhée persistante, il se déclare régulièrement, chaque mois, toujours accompagné de l'ensemble de malaises et de sensations qu'amène d'habitude le molimen cataménial, de sorte qu'il est évident qu'il remplace les règles absentes (obs. III, XIII). Dans ces deux cas le

doute est impossible et l'on doit admettre une origine génitale.

Une jeune fille, à la suite d'un bain de quelques minutes voit ses règles s'arrêter subitement (obs. I) ; une femme, en pleines menstrues, ayant appris à l'improviste la mort de son mari, est atteinte d'aménorrhée persistante (obs.). Toutes deux éprouvent immédiatement une céphalée intense et tenace que l'on est bien obligé d'attribuer à l'arrêt du sang, de même qu'il faut rattacher à l'exagération du flux sanguin celle qui se manifeste au cours des ménorrhagies ou des métrorrhagies qui, ainsi que l'a observé Leblond (cité par Dalché et Robin, *Gynécol. médi.*) surviennent parfois chez des sujets sains, à la suite d'une secousse morale ou d'une émotion violente.

La céphalée de la ménopause naturelle ou chirurgicale est encore plus significative. Elle affecte si souvent des femmes qui jamais antérieurement n'avaient souffert de la tête, qu'elle apparaît nécessairement comme une manifestation des troubles survenus dans leurs fonctions génitales par suite de l'âge ou de l'opération qu'elles ont subie.

Mais il est des cas où l'origine de la céphalée est plus difficile à déterminer. L'affection génitale se présente en effet assez rarement au clinicien isolément et à l'état de pureté. Elle peut se doubler d'un certain nombre d'autres affections qui tantôt sont secondaires ou entrent pour une part dans sa genèse, tantôt n'ont avec elle aucune relation, mais comptent la céphalée au nombre de leurs symptômes.

Pour établir l'origine génitale de la céphalée, et éliminer de son étiologie les affections intercurrentes, il faudra procéder à l'analyse minutieuse de tous les signes et, dans le doute, en référer parfois à l'action du traitement.

Cependant on la distinguera aisément de la migraine et de la céphalée syphilitique.

1^o CÉPHALÉE DE LA SYPHILIS. — Au début de la syphilis, la présence d'un chancre ou de toute autre lésion spécifique empêchera d'attribuer la céphalée aux troubles menstruels, aménorrhée, dysménorrhée et quelquefois métrorrhagies, qui sont d'observation courante dans les premières périodes de cette infection. Mais, au moment de l'examen, chancre et lésions spécifiques ont parfois disparu sans laisser de traces, et les anamnestiques souvent si difficiles à établir, même quand la malade est de bonne foi, peuvent être impuissants à les suppléer.

Si la céphalée est discontinue, si elle est sujette à des paroxysmes vespéraux et surtout nocturnes, cette constatation éclairera son étiologie. Mais la céphalée syphilitique n'a pas toujours des caractères aussi tranchés. Elle est assez souvent légère et continue dans sa durée et dans son intensité ; elle peut être aussi vive le jour que la nuit et, comme nous avons pu l'observer dans un cas, moins violente le soir que le matin.

Son diagnostic peut donc présenter des difficultés. Si la céphalée a précédé d'assez longtemps les troubles menstruels, si elle n'a pas été modifiée d'une

façon appréciable par leur apparition, cette double circonstance permettra d'éliminer leur influence. Mais souvent l'application du traitement mercuriel sera le seul moyen de démontrer son origine spécifique.

2° MIGRAINE. — Quand la migraine évolue suivant le schéma classique : céphalée à début matutinal, gravatine, diffuse ou hémicranienne, d'intensité progressive qu'exagère tout effort physique ou intellectuel, accompagnée de vertiges, de nausées, de vomissements auxquels succède généralement une sensation de soulagement et de bien-être, il est difficile de la méconnaître. A plus forte raison, si elle revêt l'aspect beaucoup plus rare des migraines rouges et blanches décrites par Mollendorf et du Bois-Reymond.

Mais il est peu fréquent qu'elle se présente sous des formes aussi caractéristiques. Les vertiges, les nausées, les vomissements qui d'ailleurs ne lui sont pas spéciaux, puisqu'ils se rencontrent avec d'autres céphalées et notamment avec les céphalées génitales, peuvent manquer au moins en partie. Le mal de tête lui-même peut être léger, se réduire à une simple sensation de pesanteur avec malaise général, réalisant ainsi des formes frustes d'un diagnostic plus délicat. Néanmoins il y a d'ordinaire des signes qui permettent d'éviter la confusion.

Les accès de migraine ont habituellement une durée très courte : parfois quelques heures ou une matinée, plus souvent une journée, quand ils se pro-

longent davantage, ils ne dépassent jamais trois ou quatre jours. Leur retour n'est pas nécessairement lié à l'éruption cataméniale. Il a lieu tous les mois, tous les quinze jours, toutes les semaines, pendant les règles aussi bien que dans leur intervalle. Mais toujours, chez le même sujet, ils sont semblables à eux-mêmes et reproduisent constamment un type dont la fixité est pathognomonique.

Les céphalées génitales peuvent aussi ne durer que quelques jours, ou même quelques heures, par exemple dans la dysménorrhée. Mais généralement elles sont beaucoup plus tenaces, jusqu'à devenir presque continues, lorsque l'affection dont elles relèvent s'aggrave ou tend à passer à l'état chronique. Elles reviennent à intervalles assez réguliers, comme les troubles menstruels qui les engendrent ; mais elles n'ont pas, dans leur aspect, la même invariabilité que les accès de migraine, et quoique évoluant toujours autour d'un type constant pour chaque malade, elles présentent, suivant leur durée et le moment de leur apparition, des changements qui accusent leur dépendance par rapport à l'affection causale. Pour prendre un exemple, la céphalée qui remplace les règles, au cours d'une aménorrhée persistante, sera violente, pulsative, localisée en divers points, et disparaîtra au bout de quelques jours ; celle qui survient dans leur intervalle sera plus tenace, mais diffuse et réduite à une sensation de pesanteur.

Quand l'accès de migraine ne revient qu'au mo-

ment des règles, son interprétation peut prêter à discussion.

Dans nos observations VII et X, une dysménorrhée persistante était accompagnée d'une céphalée plus ou moins vive, avec vertiges, nausées et vomissements qui, dans un cas survenaient le deuxième jour des règles, dans l'autre, le dernier jour. Ils étaient immédiatement suivis d'un bien-être complet d'autant plus remarquable, chez la première malade que pendant tout l'accès elle éprouvait des douleurs très pénibles dans le ventre et dans les reins.

Il était permis, dans les deux cas, d'incriminer l'arthritisme ou le nervosisme. Mais la prédisposition individuelle n'était pas toute dans la genèse des accès, puisqu'ils n'apparaissaient jamais en dehors des règles, mais exclusivement au moment de leur éruption. Ils étaient donc bien liés aux troubles menstruels et constituaient par suite une variété de céphalée génitale, la migraine cataméniale.

3° CÉPHALÉES D'ORIGINE DIGESTIVE. — Les troubles de l'appareil digestif, dyspepsie, atonie gastrique, embarras gastrique, entérite muco-membraneuse, constipation, sont très fréquents au cours des affections génitales. Souvent ils leur sont secondaires; mais, même quand ils sont primitifs, ils peuvent par une réaction à distance, les entretenir, les aggraver ou les créer de toute pièce.

a) *Dyspepsie*. — Lorsque les premières manifestations de la dyspepsie sont nettement postérieures à l'affection génitale, il est probable qu'elles sont sous

sa dépendance. Il y a certainement une dyspepsie utérine, ainsi que l'ont soutenu G. Braun et Imbach. Mais elle est beaucoup plus rare qu'on ne le croie généralement. Car si, en présence de troubles fonctionnels simultanés de l'estomac et de l'utérus, on se borne à traiter l'utérus, l'état de l'estomac reste le plus souvent sans modification sensible, preuve évidente qu'il ne lui était pas subordonné.

Il serait plus exact de dire que c'est l'estomac qui tient l'utérus sous son influence. Certaines dyspeptiques peuvent, sans doute, conserver indéfiniment une menstruation normale. Mais beaucoup d'autres sont atteintes de divers troubles menstruels, aménorrhée, dysménorrhée ou métrorrhagie, qui cèdent habituellement au traitement institué en vue de l'affection utérine.

Cependant si, si dans un cas de ce genre, on constate de la céphalée, il ne faudra pas se hâter de lui attribuer une origine gastrique, car la céphalée n'est pas commune dans les dyspepsies ordinaires. Elle n'apparaît, avec quelque continuité et quelque violence, qu'au cours des dyspepsies graves et prolongées, et dans ce cas relève plutôt de la neurasthénie, que celle-ci soit la cause des troubles gastriques ou simplement leur aboutissant.

b) *Atonie gastrique*. — La céphalée survient aussi dans l'atonie gastrique, à un certain moment de son évolution ; et les troubles menstruels, liés sans doute à la ptose viscérale sont si fréquents dans cette affection, qu'ils pourraient donner le change sur son

étiologie. Il est possible que la céphalée ait, dans ce cas, une origine génitale. Mais souvent elle ne survient qu'à l'occasion de la neurasthénie que l'atonie gastrique crée ou réveille chez les sujets prédisposés, et participe alors de ses caractères. Son diagnostic peut présenter des difficultés que nous indiquerons ultérieurement.

c) *Entérite muco-membraneuse*. — Ces observations s'appliquent également à la céphalée de l'entérite muco-membraneuse qui, quelquefois consécutive aux troubles génitaux, peut à son tour leur donner naissance, soit par la congestion péri-utérine qu'elle produit et entretient, soit par propagation lymphatique du rectum à l'utérus. Ici encore, la céphalée est souvent indépendante de l'entérite et doit être rattachée à la neurasthénie.

d) *Embarras gastrique*. — Dans l'embarras gastrique, la céphalée est constante et souvent très prononcée. Mais sa gravité même, ainsi que les symptômes concomitants, frissons, fièvre, courbature, empêchera de la rapporter aux désordres si légers que l'affection gastrique détermine parfois du côté de la matrice et qui se réduisent à une simple épistaxis utérine, au début de la maladie ; à des règles moins abondantes, à la fin.

e) *Constipation*. — De toutes ces affections intestinales, la constipation est la plus commune chez les femmes, surtout chez celles qui appartiennent à la classe aisée et habitent les grandes villes, et elle s'accompagne souvent de désordres du côté de l'appareil

génital. Tantôt elle leur est secondaire, une déviation utérine, un phlegmon péri-utérin pouvant la produire mécaniquement, par la compression qu'ils exercent sur l'intestin. Mais elle peut aussi, par elle-même, provoquer des troubles dans un utérus normal et les aggraver lorsqu'elle leur est consécutive.

C'est ainsi qu'elle se complique parfois de dysménorrhée, de métrorrhagies, de leucorrhée vaginale ou vulvaire que sa guérison fait disparaître rapidement. On connaît des cas de dysménorrhée très douloureuse, guérie en quelques mois à la suite de purgatifs répétés.

Lorsqu'on se trouve en présence de troubles menstruels avec état gastrique ou constipation, il peut donc être embarrassant de décider quelle part il faut faire, dans sa genèse, à l'appareil digestif, quelle part aux organes génitaux, et même s'il faut leur en faire une, puisqu'il est des affections génitales absolument exemptes de céphalée. Les caractères que nous avons reconnus aux céphalées d'origine génitale sont trop vagues pour être ici d'aucun secours et, d'ailleurs, ils leur sont en grande partie communs avec celles qui relèvent de l'appareil digestif. Cependant, s'il y a un mouvement fébrile, si l'intensité de la céphalée varie avec lui, et dans le même sens, peut-être, pourra-t-on présumer un point de départ stomacal. Mais cette indication passera le plus souvent inaperçue, et le seul critérium sera alors l'effet du traitement. Si la céphalée survit à la guérison de l'état gastrique ou intestinal, si elle s'atténue en

même temps que s'amendent les troubles génitaux, sous l'action de la thérapeutique qu'ils comportent, elle sera d'origine génitale.

4° CÉPHALÉE HYSTÉRIQUE. — Il n'est pas rare que l'hystérie s'accompagne de troubles menstruels qui relèvent d'elle-même ou du tempérament neuro-arthritique qui est souvent à la base de cette névrose. Le plus fréquent est l'aménorrhée. Les ménorrhagies et les métrorrhagies sont beaucoup plus rares, mais on en a observé quelques cas indiscutables. Enfin il peut arriver que l'éruption menstruelle se signale par des douleurs très vives qui cessent avec l'écoulement du sang. Et comme, parmi tous les symptômes de l'hystérie, la céphalée est un des plus constants, et des plus précoces, au point qu'elle en est fréquemment, surtout chez les jeunes filles, la première manifestation clinique, on peut être tenté de la rapporter indûment à l'affection génitale ou, inversement, de méconnaître la part de cette dernière dans son étiologie. L'on est ainsi exposé à instituer un traitement inutile ou insuffisant.

Certains symptômes de l'hystérie, les troubles digestifs et les vomissements qui sont d'observation courante, la fièvre que l'on signale quelquefois, seraient plutôt de nature à égarer le diagnostic, puisqu'ils peuvent aussi bien n'être qu'une manifestation à distance d'une lésion génitale. Emmet a noté des vomissements à la suite des déchirures du col ; Pozzi, la dilatation de l'estomac consécutivement à une métrite. Tous ces troubles peuvent succéder à

une leucorrhée ou à l'infection qu'elle suppose quand elle n'en est pas l'origine.

Mais la céphalée hystérique, malgré son polymorphisme, a généralement des caractères très nets. Elle est le plus souvent localisée au vertex, quelquefois à la région occipitale ou latéralement aux tempes, soit d'un seul côté, soit des deux à la fois. Son siège est circonscrit et n'empiète pas sur les régions voisines. La douleur qu'elle provoque est si vive qu'elle arrache aux malades des cris et des gémissements et leur rend le sommeil impossible. Elle se double d'une hyperesthésie superficielle, qui, lorsqu'elle irradie dans la profondeur, rappelle l'encéphalalgie et peut faire croire à un néoplasme cérébral. Elle a une évolution paroxystique dont la prédominance fréquemment vespérale et nocturne peut rappeler la céphalée syphilitique. Il sera donc possible généralement d'arriver à la reconnaître, même quand elle se présente seule, à l'exclusion de tout autre symptôme ; à plus forte raison, si l'on constate en même temps, la formule urinaire de la névrose, ses stigmates, ou, à leur défaut, la suggestibilité qui lui est propre.

Il est cependant des cas où les caractères de la céphalée sont si vagues, si incomplets, les signes concomitants si peu précis, que l'on peut douter de sa nature hystérique et croire à un simple accident hystériforme développé par l'affection génitale sur un terrain prédisposé. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que le traitement institué en vue

de l'utérus seul fait assez souvent disparaître la céphalée, ainsi que tous les symptômes qui rendaient le diagnostic hésitant.

5° CÉPHALÉE NEURASTHÉNIQUE. — Dans la neurasthénie, la céphalée est presque constante. Elle est rarement nocturne ou continue. Le plus souvent elle est discontinue et le repos de la nuit l'atténue ou même la fait disparaître complètement. Le jour, elle persiste, presque sans répit, depuis le lever jusqu'au coucher. Les émotions morales, les efforts intellectuels, le travail de la digestion la provoquent ou l'aggravent ; il en est de même quelquefois de l'ingestion des aliments, dont l'effet habituel est cependant de la calmer. Elle consiste en une sensation de pesanteur ou de constriction qui fait songer à un casque trop lourd, à un bonnet trop serré. Elle donne souvent, surtout le matin, une impression de vide cérébral, de ballottement du cerveau, d'anéantissement confinant à l'évanouissement.

Elle peut être diffuse ou limitée au vertex, aux tempes, au front, à la nuque, et quand elle siège à l'occiput, faire croire aux malades qu'ils ont une maladie du cervelet (Brissaud).

Ce qui en fait la gravité, c'est sa persistance plutôt que son intensité. Elle est parfois si légère que le malade s'en plaint à peine. D'autres fois, au contraire, elle atteint un tel degré de violence, que le médecin a pu sans aucune invraisemblance songer à l'urémie (Bouveret cité par G. Guinon, Debove et Achard, t. IV).

Elle s'accompagne habituellement de rachialgie générale ou localisée au dos, entre les deux épaules, dans les lombes, mais surtout à la nuque et au sacrum, et de douleurs dans les membres inférieurs. On constate en même temps de l'aproxexie, de l'aboulie, un état d'inquiétude permanent, une émotivité particulière, une asthénie musculaire prononcée, des insomnies fréquentes. Les sensations de vertige sont continues ou intermittentes et matutinales et peuvent, dans ce cas, s'exagérer jusqu'à donner l'impression d'un déplacement des objets, d'un entraînement latéral, antéro-postérieur ou giratoire, mais sans chute et sans vomissements, à l'inverse de ce qui arrive dans le vertige de Ménière. A ce complexe morbide s'ajoutent enfin des troubles digestifs relevant, soit de la dilatation de l'estomac (Bouchard), soit de l'entérite muco-membraneuse (Bouveret), soit d'une ptose abdominale généralisée (Glénard).

M^{lle} Lubetzki, dans sa thèse sur les causes de la céphalée neurasthénique (Paris, 13 décembre 1899), a noté qu'elle augmente un jour ou deux avant l'apparition des règles, se maintient au même degré jusqu'à la fin de l'éruption, et disparaît pour revenir huit jours après, avec une moindre intensité. Si cette évolution de la céphalée était spéciale à la neurasthénie, elle constituerait un bon moyen de diagnostic. Mais elle peut se rencontrer dans d'autres affections. Nous l'avons observée en effet, à plusieurs reprises, dans le service de M. Dalché, chez une

femme atteinte de pertes rouges, mais seulement à l'occasion des pertes de sang intercalaires (obs. XI). Quand les pertes, par la date de leur apparition, leur abondance, leur durée, paraissaient correspondre aux règles normales, la céphalée évoluait d'une façon toute différente. Chez cette malade, la dépression morale et intellectuelle, la rachialgie, les douleurs dans les membres inférieurs, les vertiges semblaient bien ressortir à la neurasthénie ; mais ses maux de tête presque exclusivement nocturnes, ses téguments épaissis, son état général plutôt satisfaisant se conciliaient mieux avec l'hypothèse d'un myxœdème fruste d'origine ovarienne.

Quoi qu'il en soit, sa symptomatologie est assez riche pour que, même en l'absence de plusieurs de ses signes, la céphalée neurasthénique ne risque pas d'être méconnue. Le diagnostic ne présentera des difficultés que dans les formes frustes de la neurasthénie, d'autant plus que souvent les malades contribuent de très bonne foi à l'égarer. Ce sont des femmes qui, atteintes de troubles menstruels sans importance, une tendance à l'aménorrhée, une dysménorrhée légère, s'en exagèrent énormément la gravité. Obsédées par le besoin impérieux d'analyser et d'expliquer toutes leurs sensations, elles rapportent exclusivement à leur matrice toutes les douleurs qu'elles éprouvent. Un examen méthodique fera ressortir leur erreur et permettra de rattacher leur céphalée à sa véritable origine.

La neurasthénie peut cependant déterminer des

troubles menstruels assez sérieux. Ausset (cité par Robin et Dalché, *Gynécologie médicale*) a signalé des métrorrhagies neurasthéniques habituellement peu abondantes, mais laissant à leur suite un affaïssement assez profond et une aggravation de l'état général assez prononcée pour faire attribuer à l'utérus une céphalée qui relève surtout de l'état nerveux. En étudiant les antécédents des malades et les caractères de la céphalée qui leur est habituelle, il sera possible d'établir dans quelle mesure cet accident l'a modifiée, et par suite de limiter son action ou de l'éliminer.

La tendance aux poussées congestives qui est la marque du fond arthritique sur lequel évolue la neurasthénie est d'ailleurs capable par elle-même de provoquer des désordres du côté des organes génitaux : d'abord la congestion utérine et une dysménorrhée parfois extrêmement douloureuse ; puis des métrorrhagies abondantes durant huit à dix jours ; des métrrhagies survenant fréquemment au milieu de l'espace intercalaire vers le onzième ou douzième jour ; enfin, dans quelques cas, des aménorrhées persistant des mois et des années. De sorte que l'interprétation de la céphalée devient parfois difficile et que l'on peut être très embarrassé pour fixer les parts qui reviennent dans sa genèse à l'élément génital ou à l'élément nerveux.

Mais, à leur tour, les affections de l'utérus ou des annexes peuvent donner lieu à des céphalées qui rappellent de tous points les céphalées neurasthéniques.

ques. Elles ont même persistance, même localisation, même périodicité. Comme elles, sont accompagnées de douleurs migratrices dans le rachis et dans les membres. Ce sont des céphalées neurasthéniformes analogues aux céphalées hystériformes dont nous avons déjà parlé. Elles ne cèdent pas au traitement général ; mais le traitement institué en vue des troubles génitaux en a le plus souvent raison.

Enfin, il arrive parfois que les altérations de l'appareil sexuel, retentissant plus profondément sur le système nerveux, donnent naissance à une véritable neurasthénie qui évolue pour son propre compte, indépendamment de l'affection génératrice. La céphalée relève alors d'une double origine, génitale et nerveuse dont on doit tenir compte si l'on veut arriver à la faire disparaître.

6° CÉPHALÉE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE — Chez l'adulte, une céphalée violente et tenace précède parfois de longtemps, de plusieurs semaines à quelques mois, les autres manifestations d'une méningite tuberculeuse, consécutive à une bacillose avérée ou latente qui, du côté des organes génitaux, se manifeste souvent par des troubles menstruels dont le plus fréquent est l'aménorrhée. Son diagnostic étiologique est facile, si le foyer bacillaire initial, pulmonaire intestinal, ganglionnaire ou osseux, a été nettement reconnu. Il n'en est pas de même si l'on se trouve en présence d'une tuberculose latente, et l'on est exposé à rattacher exclusivement

aux désordres de la menstruation une céphalée qui relève surtout de la méningite.

L'erreur sera d'autant moins évitable, que l'action sur l'appareil digestif et le système nerveux de l'infection tuberculeuse au début est plutôt de nature à donner le change. L'anorexie, l'appétit capricieux, les douleurs épigastriques après les repas, les digestions difficiles de la tuberculose commençante rappellent de très près la dyspepsie utérine ; l'émotivité, l'irritabilité qu'elle détermine surtout chez la femme, peuvent suggérer l'idée d'une neurasthénie ou d'une hystérie de même origine. L'étude du liquide céphalo-rachidien et celle de la perméabilité des méninges à l'iode de potassium éclaireront le diagnostic ; mais souvent il ne sera fixé que par l'apparition des autres signes de la méningite et l'aggravation progressive de l'état général.

5° CÉPHALÉE DES MÉNINGITES FRUSTES — Inversement, certaines affections génitales et surtout l'aménorrhée accidentelle, peuvent provoquer, chez les neveux, l'apparition du complexe symptomatique des pseudo-méningites. M. Dalché en a observé un cas fort remarquable. Une jeune fille de dix-huit ans, atteinte brusquement d'aménorrhée, à la suite d'une émotion violente, fut prise d'une céphalée interne, avec stupeur, fièvre, vomissements, photophobie qui offrait le tableau presque complet de la méningite tuberculeuse. Mais son état, au lieu de s'aggraver, s'améliora très

rapidement et avec le retour des règles aboutit à la guérison.

Le tableau morbide, qui varie suivant les maladies, est rarement aussi complet. De la triade méningitique, seule la céphalée est constante. Les vomissements s'observent fréquemment, mais peuvent manquer. Tantôt ils surviennent tous les matins, abondants et pituiteux ; tantôt ils se produisent après chaque repas ; d'autres fois ils sont bilieux et s'accompagnent de diarrhée. Les selles sont souvent normales ; la constipation fait parfois place à la diarrhée ou alterne avec elle. Quand il y a de la fièvre, elle est souvent irrégulière, de courte durée, et d'une intensité sans aucun rapport avec les autres symptômes. Le délire manque fréquemment ; en tous cas, il est peu prononcé et dure moins que celui des méningites suppurées.

Ces signes même réunis n'impliquent pas nécessairement la méningite, puisqu'ils peuvent s'observer également dans la plupart des complications des affections génitales. A plus forte raison en est-il ainsi si un ou plusieurs d'entre eux viennent à faire défaut.

Le pouls est quelquefois normal, quelquefois même légèrement accéléré. Son ralentissement, à peine sensible d'ailleurs dans la plupart des cas, a déjà une signification plus nette, surtout s'il y a de la fièvre. Il en est de même des contractures, parfois très apparentes, plus souvent à peine indiquées :

un peu de raideur de la nuque et du dos, une ébauche du signe de Kernig.

La mydriase, l'immobilité ou l'inégalité pupillaire, la photophobie sont inconstantes ainsi que le strabisme et la diplopie. Mais, en présence de ces deux derniers signes, le diagnostic se précise. Dans deux de nos observations (obs. IV et XIII), relatives à des aménorrhéiques très nerveuses et quelque peu suspectes d'hystérie, il y avait outre la céphalée un léger strabisme externe de l'œil droit, avec diplopie horizontale. L'une de ces malades, avec une fièvre irrégulière et peu élevée, présentait une contracture des fléchisseurs des membres inférieurs, si atténuée qu'elle pouvait être contestée, et des vomissements fréquents ; l'autre était légèrement constipée. Toutes deux avaient un pouls normal. Il s'agissait de méningite séreuse ou congestive.

Dans un cas de ce genre, il ne faudrait pas exagérer l'importance de la méningite aux dépens des troubles menstruels, et lui attribuer une trop grande part dans la production de la céphalée. Au reste, l'erreur ne saurait être de longue durée, car il est de règle que tous les symptômes méningitiques s'atténuent et disparaissent très rapidement. Chez l'une de nos malades (obs. XIII), le strabisme et la diplopie n'ont persisté que quatre jours ; chez l'autre (obs. IV), ils se sont prolongés davantage, mais avec des rémissions et des intermittences nombreuses.

8^o CÉPHALÉE DE LA CHLOROSE. — Les troubles menstruels comptent parmi les principaux symptô-

mes de la chlorose. Au premier rang, on trouve l'aménorrhée et les pertes blanches ; on observe quelquefois la dysménorrhée ; la ménorrhagie est rare, mais a été constatée. En même temps, s'installe une céphalée souvent violente et tenace, qui peut s'accompagner d'étourdissements, de vertiges, de mouches volantes, de bourdonnements d'oreilles, de névralgies diverses, et rappeler ainsi les traits de céphalées hystérique et neurasthénique.

Lorsqu'il s'agit de la chlorose commune, celle qui survient chez les jeunes filles, au moment de la puberté, et se caractérise par la lenteur, l'insidiosité de son début et progression graduelle de ses principaux symptômes ; pâleur verdâtre des téguments, souffles cardio-vasculaires, altérations du sang, palpitations, névralgies, la clinique et la thérapeutique semblent d'accord pour reconnaître en elle une maladie primitive dont la céphalée et les accidents menstruels sont deux manifestations parallèles, sans autre lien que leur communauté d'origine. L'état local est ici dans une dépendance si étroite de l'état général, que le moyen le plus sûr d'améliorer le premier est de traiter le second par un régime approprié. Toute médication choisie en dehors de cette indication est vouée à un insuccès qu'explique parfaitement l'anatomie pathologique lorsqu'elle montre que la maladie est subordonnée à une aplasie cardiaque ou artérielle, capable de faire sentir son action sur tous les organes et particulièrement sur le cerveau et l'utérus. Mais assez souvent l'état local commande au con-

traire l'état général et parfois même le détermine, comme le prouve l'efficacité fréquente sur la totalité du syndrome du traitement prescrit uniquement en vue de l'utérus. Peut-être objectera-t-on que, dans ces cas, il ne s'agit pas de chlorose vraie, mais seulement d'anémie pseudo-chlorotique. Nous ne retiendrons pas cette distinction, car toutes deux se traduisent par les mêmes signes, et une différence de gravité ne suppose pas nécessairement une différence de nature. Dans la chlorose ménorrhagique de Trousseau, ou dans les pseudo-chloroses qu'on a essayé d'en détacher, il semble que toutes les manifestations morbides, y compris la céphalée, soient subordonnées à une exagération fonctionnelle de l'utérus ou des annexes : de même que leur insuffisance fonctionnelle ou un retard dans leur développement sont seuls de nature à rendre compte des succès de l'ancienne médecine, lorsqu'elle traitait par le mariage la chlorose aménorrhéique des jeunes filles.

Lorsque la chlorose tardive, celle qui survient de dix-huit à trente ans, a été précédée, dans l'adolescence, d'une chlorose confirmée, il est presumable qu'elle marque seulement un réveil de cette dernière, et le problème de l'origine de la céphalée se pose pour toutes deux dans les mêmes conditions et doit par suite être résolu, dans les deux cas, d'une façon identique, quand il n'y a pas eu de chlorose antérieure, l'on pourra incriminer assez souvent les fatigues de la grossesse ou de la lactation et la

répercussion sur l'état général de leur action sur les organes génitaux.

Mais il est des cas où chlorose et céphalée sont indiscutablement d'origine génitale ; lorsque, par exemple, elles sont nettement consécutives à une aménorrhée accidentelle, ainsi que Pidoux en a rapporté une observation. Une jeune fille bien portante, couverte de sueur, plonge ses deux bras dans l'eau froide, et ses menstrues, en pleine éruption, s'arrêtent subitement. Le lendemain, elle présentait, à l'état d'ébauche, les signes d'une chlorose dont, huit jours plus tard, le tableau était au complet. Bien qu'il convienne ici de faire sa part à la prédisposition nerveuse dont l'action, si manifeste sur l'utérus, doit aussi se faire sentir sur tous les organes, il n'en est pas moins vrai que, au point de vue clinique, l'aménorrhée apparaît comme le seul facteur initial de la chlorose et de la céphalée.

9° CÉPHALÉE DE L'URÉMIE. — Quand une femme présente des accidents du côté de l'utérus, avant de leur rapporter la céphalée dont elle se plaint, il faut s'assurer qu'elle n'est pas l'expression d'une insuffisance rénale, capable de rendre compte par surcroît des troubles génitaux. Faute de prendre cette précaution, on s'expose à une erreur de diagnostic des plus fâcheuses. On se croit en présence d'une utérine et l'on règle son traitement en conséquence, sans trop y ménager, au besoin, les sédatifs de la douleur, alors que l'on a à faire à une urémique dont cette médication risque d'aggraver l'état.

Le danger n'est pas de méconnaître l'urémie aiguë, celle qui succède à l'anurie calculuse et aux néphrites infectieuses ou toxiques. Elle n'a pas de déterminations utérines, et lors même qu'elle survient au cours des troubles menstruels les mieux caractérisés, son invasion est si brusque, sa symptomatologie si expressive, qu'elle se laisse difficilement ignorer. Dès lors, il n'est guère possible d'en détacher la céphalée, pour la rapporter à une autre origine.

L'urémie chronique est plus insidieuse, et il n'est pas rare qu'elle donne lieu à des méprises. Souvent la céphalée est son unique symptôme, précédant de longtemps tous les autres ou les dissimulant au point de les soustraire entièrement à l'attention des malades et du médecin.

Parfois générale, elle est habituellement locale et limitée au front ou de préférence à l'occiput. Quand elle affecte une moitié du crâne, elle peut rappeler la migraine. Elle est sujette à des paroxysmes vespéraux, accompagnés de vertiges et d'étourdissements qui font aisément penser à la syphilis. Dans certains cas, elle est caractérisée par une sensation de constriction qui, associée à une lassitude continuelle, à un découragement sans raison, à un dégoût profond de toutes choses, à une irritabilité déconcertante, simule si exactement la neurasthénie, que de prétendus neurasthéniques ont pu être traités comme tels pendant des mois, et succomber finalement aux suites d'une urémie qui n'avait même pas été soupçonnée. Tantôt intermittente et légère au point de

passer presque inaperçue, elle peut, au contraire, être persistante et tellement intense, qu'elle justifie la distinction d'un type céphalalgique de l'urémie.

Mais quels que soient son aspect, ses localisations et son intensité, elle n'offre aucun caractère qui lui soit spécial et qu'on ne puisse rencontrer au même degré dans les céphalées d'origine génitale. Il est par suite assez fréquent de la confondre avec ces dernières ; d'autant plus que l'urémie lente détermine souvent des désordres de la menstruation qui peuvent en imposer : au début, l'aménorrhée qui s'installe brusquement pour ne plus disparaître, ou bien procède par accès de moins en moins éloignés, jusqu'à amener la disparition totale des époques ; plus tard, des ménorrhagies de plus en plus abondantes, et quelquefois persistantes au point de se rejoindre par-dessus les périodes intercalaires. Dans certains cas, les ménorrhagies alternent avec les métrorragies.

Au lieu de s'arrêter à la gravité apparente de ces accidents qui d'ailleurs peuvent apporter leur appoint à la céphalée accusée par la malade, on examinera ses urines, et même si elles ne contiennent pas d'albumine, on ne se hâtera pas d'écarter l'urémie, puisque la néphrite chronique évolue parfois sans albuminurie appréciable. On recherchera avec soin les petits signes du brightisme : pollakiurie nocturne, kryesthésie, sensation du doigt mort, crampes dans les mollets, etc., et si on les constate à quelque degré, on prescrira le régime lacté. Son effica-

cité plus ou moins rapide viendra confirmer le diagnostic.

Dans certains cas cependant, la céphalée bien que liée à l'urémie, est en réalité commandée par les troubles menstruels, et procède ainsi, par une voie détournée, d'une origine génitale.

Chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, la congestion utérine peut, par exception, se réfléchir sur le rein et produire une néphrite transitoire qui se traduit par le passage de l'albumine dans les urines.

A la ménopause, un accident du même ordre s'observe assez fréquemment. Legendre et André Petit ont signalé à ce moment de la vie génitale, et corrélativement à la suppression des règles, une congestion rénale avec légère albuminurie, et parfois hématurie passagère.

Dans les deux cas, la céphalée relève des troubles menstruels, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de l'urémie qu'ils ont engendrée. Pour la combattre, il ne suffira donc pas de traiter l'urémie, il faudra aussi hâter l'instauration normale des règles ou préparer leur disparition.

10° CÉPHALÉE DIABÉTIQUE. — Le diabète peut avoir des manifestations utérines. Les ménorrhagies et les métrorrhagies, traduisant probablement la dégénérescence des artères, sont assez rares ; l'aménorrhée intermittente ou continue est au contraire beaucoup plus fréquente. D'autre part, surtout à une période avancée de son évolution, il s'accompagne

de troubles nerveux où figure la céphalée. Enfin l'aménorrhée physiologique de ménopause marque assez souvent l'apparition du diabète, pour permettre de penser que, dans certains cas, elle est capable de lui donner naissance.

Il pourrait donc arriver qu'une céphalée d'origine diabétique fut indûment rapportée à l'utérus. Parmi les symptômes concomitants, les névralgies symétriques, la diplopie, le strabisme fugace, de même que l'asthénie musculaire, le découragement, l'émotivité ne suffisent pas pour affirmer son origine diabétique. Ils peuvent s'observer en effet, en dehors de tout diabète, au cours des affections génitales, en même temps que la céphalée hystérique ou neurasthénique. L'eczéma, le prurit vulvaire, la polydipsie, l'inappétence sexuelle ont déjà une signification plus nette, mais peuvent se rencontrer dans d'autres maladies. Seule, la constatation du sucre urinaire faite à plusieurs reprises, pour éliminer les glycosuries infectieuses ou toxiques, lèvera définitivement tous les autres.

11° CÉPHALÉE DU MYXCEDEME. — Certaines femmes, à la suite d'une aménorrhée persistante, soit naturelle, soit consécutive à la castration utéro-ovarienne, prennent un aspect vaguement myxœdémateux qui pourrait faire supposer une origine thyroïdienne à la céphalée qu'elles accusent. La constatation d'une aménorrhée naturelle fera écarter cette hypothèse, puisque l'hypothyroïdie s'accompagne habituellement d'exagération du flux san-

guin. (Siredey, *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1907.) La ménopause chirurgicale ne permettra pas d'être aussi exclusif, et on ne devra se prononcer qu'après un examen complet de tous les symptômes.

Nous avons rapporté l'observation d'une jeune femme, qui, à dix-huit ans, avait subi l'ablation des annexes (obs. XIII). Dans la suite, ses tissus se surchargèrent de graisse, surtout au niveau des hanches, ses téguments s'épaissirent, sa face devint bouffie au point de déterminer un rapetissement des fentes palpébrales plus marqué à gauche, son caractère s'assombrit. Trois ans après l'opération, à son entrée dans le service de M. Dalché, elle avait tout à fait les dehors du myxœdème. Cependant sa thyroïde paraissait normale; elle était presque agitée et accusait une sensation de chaleur continuelle. Dès lors, il était indiqué de chercher l'origine de la céphalée dont elle souffrait depuis son opération, ailleurs que dans la thyroïde. Le succès du traitement montra en effet qu'elle devait être rattachée aux organes génitaux.

Lorsque les symptômes du myxœdème apparaissent chez une femme sujette à des pertes rouges abondantes, il semble naturel de le rattacher exclusivement à une affection de la thyroïde. Cependant, même dans ce cas, il peut relever, en grande partie des organes génitaux, et dans le traitement de la céphalée qui l'accompagne, il faut tenir compte de cette double origine.

Nous avons vu une femme, âgée de trente-six ans

qui, au moment de son entrée à l'hôpital, était depuis plus de dix-huit mois, atteinte de pertes rouges persistantes, et d'une céphalée intense presque ininterrompue (ob. XI). Elle présentait, à un degré plus élevé, le même aspect général que la malade dont nous venons de parler. Mais elle était endormie, déprimée, asthénique, et accusait des douleurs continues dans le rachis et dans les membres inférieurs.

De plus, tandis qu'elle se plaignait d'avoir froid aux jambes et aux pieds, elle éprouvait au contraire une sensation de chaleur continue dans tout le haut du corps. Le toucher fit sentir un utérus en rétroflexion. Quoique la thyroïde parut à peu près normale, on pensa que l'ensemble des symptômes indiquait une double affection thyroïdienne et génitale, et l'on prescrivit un traitement en conséquence. Aujourd'hui, cette femme est, sinon guérie, du moins très améliorée. Les maux de tête ont disparu, les pertes se sont arrêtées, les forces sont revenues en partie, et les téguments ont repris un aspect presque normal.

12° CÉPHALÉES DE CROISSANCE. — On a signalé et décrit une céphalée de croissance, survenant au moment de la puberté, de préférence chez les garçons, mais assez fréquente néanmoins chez les filles pour donner lieu à des erreurs de diagnostic. Localisée au front ou étendue à tout le crâne, elle est continue avec des paroxysmes que provoque ou aggrave tout effort physique ou intellectuel et persiste pendant des mois et des années.

On la constate chez des jeunes filles qui ont grandi rapidement. Ce sont, pour la plupart, des neuro-arthritiques vouées aux poussées fluxionnaires que comporte cette diathèse, et il n'est pas rare de relever chez elles des troubles menstruels, aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies, auxquels on pourrait d'autant mieux imputer la céphalée qu'elles éprouvent, qu'elle a beaucoup de points communs avec les céphalées d'origine génitale.

Lorsqu'elle est due à l'épuisement nerveux ou à la fatigue cérébrale, il peut être assez difficile de décider si l'élément génital n'a aucune part dans sa genèse. Quand, au contraire, elle reconnaît une origine osseuse, son diagnostic est plus facile.

Elle apparaît à la suite d'une croissance trop rapide. Même quand elle est diffuse, elle est plus marquée en certains points du crâne correspondant aux sutures osseuses. Dans une observation de M. Dalché (*Gaz. des Hôp.*, 31 mars 1908), elle présentait son maximum, de chaque côté du front, au niveau des deux ptérions. De plus, le sujet éprouvait, dans les genoux, des douleurs juxta-épiphysaires, dont la pression augmentait l'intensité et précisait le siège. Elle peut, suivant les cas, s'accroître d'une céphalée génitale en rapport avec les troubles menstruels concomitants ; mais elle n'a aucune relation avec l'utérus. Elle résulte, selon toute vraisemblance, de la congestion des épiphyses marginales des os du crâne. Sous l'action de l'antipyrine ou du pyramidon, elle s'atténue ou cède temporairement ; sa cure relève du traitement général.

13° CÉPHALÉE PAR TROUBLES DE L'ACCOMMODATION.

— Cette céphalée, qui a souvent été confondue avec la précédente, s'observe entre quinze et vingt-cinq ans. Elle est en général limitée au front ; quelquefois cependant elle est diffuse. Elle s'accompagne de sensations de brûlure et de chaleur au grand angle des yeux. Elle est uniquement en rapport avec l'asthénopie accommodative et guérit rapidement par l'emploi de lunettes appropriées.

14° CÉPHALÉES DE SURMENAGE. — Le surmenage sous toutes ses formes peut donner naissance à la céphalée. On connaît les céphalées consécutives à l'épuisement physique ou intellectuel, aux excès alimentaires. Elles sont fréquemment accompagnées de manifestations génitales. Les céphalées de croissance liées à la fatigue des épiphyses, les céphalées consécutives aux troubles de l'accommodation relèvent elles-mêmes du surmenage.

Localisé sur les organes génitaux, le surmenage amènerait, au début, une congestion utérine et péri-utérine avec tendance aux hémorragies ; plus tard de la sclérose avec aménorrhée. Il produirait en outre un épuisement nerveux confinant à la neuresthénie dont la tristesse qui, chez certaines personnes, suit le coït, même pratiqué avec modération, serait pour Léopold Lévi et H. de Rothschild, un état embryonnaire.

TROISIÈME PARTIE

Etiologie

Comme toutes les céphalées, les céphalées génitales peuvent relever d'un trouble de la circulation cérébrale, anémie ou congestion ; de l'intoxication ou de l'infection. Mais elles ont, dans les désordres des fonctions de l'ovaire, une cause qui leur est propre et qui, plus ou moins associée aux précédentes, les domine toutes par son importance.

I. — INFECTION. — Nous n'insisterons pas sur le rôle de l'infection. Comme le montre la fréquence relative de la fièvre, au cours des troubles menstruels, il n'est pas rare qu'elle emprunte les voies génitales pour envahir l'économie. Les céphalées qu'elle provoque sont en dehors de notre sujet. Elles peuvent simuler les céphalées génitales ou s'ajouter à elles pour les aggraver. Mais leur point de départ, au niveau de l'utérus, est tout accidentel, et ne les empêche pas de relever des causes générales. Elles ne diffèrent donc en rien de celles que l'on peut observer à la suite de n'importe quelle infection, quelle qu'en soit la porte d'entrée, et s'effacent complètement du reste, au point de vue clinique, devant la

gravité des manifestations morbides qui l'accompagnent.

II. — ANÉMIE ET CONGESTION DU CERVEAU. — Quand une femme est atteinte d'aménorrhée accidentelle, il semble que, tout au moins au début, la congestion soit seule responsable des maux de tête qu'elle éprouve. La coloration du visage, l'hyperhémie de l'appareil respiratoire indiquent en effet, le plus souvent, qu'il s'est produit vers les parties supérieures du corps un afflux de sang qui a pu également intéresser le cerveau.

Dans tous les autres cas, l'action de l'anémie paraît plus vraisemblable. La céphalée consécutive aux ménorrhagies ou aux métrorrhagies est ordinairement proportionnelle à la gravité des pertes, et par suite paraît être uniquement fonction de l'anémie, conséquence de la spoliation sanguine.

Au cours de la céphalée qui résulte de l'aménorrhée naturelle, la décoloration habituelle de la face, la pâleur souvent chlorotique des téguments semblent peu compatibles avec l'hypothèse de congestion. Dans l'aménorrhée accidentelle elle-même, le visage, après une courte période de congestion, habituellement le visage se décolore, et, dans certains cas, apparaissent plus ou moins vite les signes de la chlorose.

Cependant, si l'on recherche à déterminer d'une façon plus précise, au moyen des signes usuels de l'anémie ou de la congestion cérébrale, le mécanisme

de la céphalée, on arrive fréquemment à des résultats contradictoires.

Nous avons observé une malade (obs. X) dont la face pâle et terreuse, les lèvres décolorées, les sclérotiques d'un bleu plus accentué qu'à l'état normal autorisaient nettement le diagnostic d'anémie que les pertes de sang presque interrompues qu'elle avait subies, depuis plus de trois mois, rendaient d'ailleurs très vraisemblable. Mais le mal de tête qu'elle éprouvait n'avait, dans son intensité, aucune relation fixe avec les positions qu'elle prenait dans son lit. Le jour, il était augmenté par la position assise ou par l'inclinaison de la tête en avant, et s'accompagnait fréquemment de vertiges ; il était calmé par le décubitus horizontal qui semblait agir en favorisant l'irrigation du cerveau. Tout indiquait donc une localisation cérébrale de l'anémie. La nuit, les signes étaient tout différents : la malade souffrait davantage couchée qu'assise, et l'on se trouvait amené à incriminer la congestion.

L'anémie générale n'est donc pas incompatible avec la congestion au moins temporaire du cerveau. On conçoit que le système nerveux, régulateur de tous les échanges, s'emploie particulièrement à sa propre conservation et, devant l'inanition qui le menace, supplée à l'insuffisance des hématies par une exagération, au niveau des centres, de l'afflux sanguin qui, lorsqu'elle est trop prononcée peut produire la céphalée.

En fin de compte, même en supposant que les

vices de la circulation cérébrale soient seuls en jeu, on ne saurait, ni dans les métrorrhagies, ni dans l'aménorrhée, faire dépendre la céphalée d'une cause unique, anémie ou congestion. Il est probable que, suivant les cas, elle relève alternativement et peut-être simultanément de l'une et de l'autre, l'anémie pouvant alors voisiner avec la congestion. Elle s'observe surtout chez des nerveuses, en état plus ou moins prononcé d'ataxie vaso-motrice, dont la circulation mal réglée, tour à tour insuffisante ou excessive, est rarement adéquate aux besoins des organes qu'elle dessert. De là ces hyperhémies transitoires qui, selon leurs localisations, peuvent produire de la diplopie, du strabisme, de la raideur de la nuque et faire croire à une méningite. Par leur aptitude à ressentir douloureusement les plus légers états morbides et à s'en exagérer démesurément l'importance, elles sont plus ou moins en instance d'hystérie ou de neurasthénie.

Cependant, dans certains cas, l'on peut plus spécialement incriminer soit l'anémie, soit la congestion, et c'est en conformant le traitement à cette étiologie que l'on obtient les meilleurs résultats. L'ergotine, les injections froides, le repos au lit ont raison de l'hémorrhagie utérine en même temps que de la céphalée liée à l'ischémie cérébrale ; la révulsion pratiquée sur les membres inférieurs triomphe de l'aménorrhée accidentelle et fait disparaître les maux de tête, en décongestionnant le cerveau.

Mais le plus souvent ces traitements échouent,

parce que la céphalée a des causes plus profondes, l'intoxication et surtout les troubles des fonctions de l'ovaire.

III. — INTOXICATION. — La céphalée génitale apparaît souvent sur un fond de symptômes, douleurs rhumatoïdes, kryesthésie, nausées, etc., qui éveillent l'idée d'une intoxication. Ce n'est pas seulement une hypothèse, car Charrin a montré qu'à l'approche des règles le sérum sanguin de la femme possède un maximum de toxicité, qui est peut-être la raison des poussées d'herpès ou d'acné si fréquentes à ce moment. D'où viennent ces toxines ? Ce n'est pas le lieu de l'examiner. Il nous suffit de constater leur existence. Leur élimination se fait, en partie, par le rein, par la peau, par les poumons ; mais il semble qu'il y a un organe qui lui est spécialement affecté, et qui n'est autre que l'utérus. L'utérus, en effet, pendant toute la vie génitale et en dehors de la grossesse, est un émonctoire au même titre que le rein. Il laisse passer l'iode et l'arsenic qu'Armand Gauthier a trouvés dans le sang des règles. Il élimine de la même façon les toxines de Charrin, et peut-être celles qui paraissent se former en lui, par suite de ses modifications mensuelles ou de son rôle dans la nutrition générale (Keiffer).

On pourrait objecter que l'hystérectomie avec conservation des annexes, ne détermine généralement aucun trouble de la santé. Nous ne contestons pas le fait, mais il n'est pas inconciliable avec notre thèse. L'innocuité habituelle de l'hystérectomie peut prou-

ver en effet : ou bien, que les substances toxiques accumulées dans le sang, dans la période intermenstruelle, s'éliminent facilement par d'autres voies, la peau, le rein, le poumon : ou plutôt que ces substances ne paraissent plus dans la circulation, soit parce que l'ablation de l'utérus a rendu leur présence inutile, soit parce que l'ovaire privé de ses connexions utérines a suspendu dans tout l'organisme le travail qui leur donnait naissance. L'aménorrhée consécutive à l'ablation de l'utérus n'est pas assimilable à celle qui résulte d'un trouble de ses fonctions.

On conçoit donc que la suspension des règles, en retenant dans la circulation l'iode, l'arsenic et les toxines qu'elles auraient dû rejeter au dehors, en amenant la résorption de celles qui se sont formées dans l'utérus lui-même, puisse donner lieu à des phénomènes d'auto-intoxication, parmi lesquels la céphalée.

Lorsque le flux sanguin, au lieu de se supprimer, s'exagère, on peut supposer qu'une élimination excessive d'iode et d'arsenic n'est pas sans influence sur l'apparition de la céphalée. Mais l'élimination plus parfaite des toxines de Charrin ou de Keiffler ne saurait avoir le même effet. Dans ce cas, l'importance de l'intoxication se réduit singulièrement, au profit de l'anémie, mais surtout des troubles fonctionnels de l'ovaire.

IV. — TROUBLES DES FONCTIONS DE L'OVAIRE. — L'ovaire paraît formé de deux glandes distinctes : le

corps jaune (Fränkel) et les cellules interstitielles dont l'ensemble constitue la glande interstitielle (Jardry).

La première préside aux fonctions intercalaires de l'utérus et à la menstruation. Elle règle l'abondance et la durée du flux menstruel et, suivant les anomalies de son activité, elle l'exagère ou, au contraire, l'atténue et le supprime.

La seconde est trophique du reste de l'organisme. Elle stimule et dirige la nutrition de tous les organes, dans chacune de leurs parties, et assure leur synergie avec l'utérus. Elle augmente le nombre des hématies et leur teneur en hémoglobine active la circulation, accroît les échanges et les éliminations, tonifie le système nerveux. Ses défaillances entraînent l'anémie, le ralentissement de la nutrition, la dépression nerveuse, avec l'auto-intoxication et ses symptômes, parmi lesquels la céphalée.

De sorte que les deux causes dont nous avons examiné le rôle dans la genèse des céphalées génitales, vices de la circulation cérébrale et intoxication, relèvent elles-mêmes d'une troisième, les troubles des fonctions de l'ovaire, qui par suite doit être seule retenue.

Ce n'est sans doute qu'une hypothèse, mais qui rend bien compte de l'apparition de la céphalée au cours de la plupart des troubles menstruels, et dont les applications thérapeutiques confirment le plus souvent l'exactitude.

Le corps jaune et la glande interstitielle agissent

d'habitude synergiquement pour assurer le retour périodique des menstrues et leur durée normale, et maintenir en même temps la nutrition de l'organisme. Mais leurs fonctions peuvent se dissocier :

1^o La céphalée qui accompagne les règles normales, surtout quand elle est de courte durée, relève peut-être d'un réflexe à point de départ utérin, exagéré par la prédisposition nerveuse. Mais il est probable que l'auto-intoxication due au ralentissement de la nutrition intervient aussi, consécutivement à l'insuffisance de la glande interstitielle. Elle indiquerait donc le traitement par l'opothérapie interstitielle ;

2^o Si le corps jaune est seul insuffisant, la glande interstitielle suffisante maintiendra la nutrition générale. Mais la suppression fonctionnelle de l'émonctoire utérin pourra retenir dans l'économie les substances toxiques qu'il aurait dû éliminer, et produire la céphalée, surtout si les autres émonctoires sont eux-mêmes insuffisants. Le traitement devra se proposer d'activer les éliminations et peut-être de réveiller l'activité de l'utérus par des extraits de corps jaune ;

3^o La glande interstitielle est-elle en même temps insuffisante ? C'est la diminution du flux menstruel ou l'aménorrhée, avec auto-intoxication par ralentissement de la nutrition, et ses maux de tête qui atteignent leur maximum de gravité dans la ménopause naturelle ou chirurgicale. Les préparations d'ovaire donnent alors d'excellents résultats ;

4° La suractivité isolée du corps jaune mettra la glande interstitielle, même normale, en état d'insuffisance relative. L'exagération de la spoliation sanguine n'étant plus compensée par une surproduction de globules rouges, engendrera une anémie qui s'aggravera encore si la glande interstitielle devient réellement insuffisante. On opposera à la céphalée le traitement de l'hémorrhagie utérine : ergotine, injections froides, repos au lit, auquel on pourra suivant les circonstances, adjoindre des préparations d'ovaire.

La suractivité simultanée de la glande interstitielle est de nature à neutraliser plus ou moins les effets de la spoliation sanguine. C'est peut-être la raison de l'absence ou de la modération de la céphalée, au cours de certaines métrorragies ;

5° Ces considérations intéressent moins les céphalées de la dysménorrhée, quand elles sont prolongées, on peut les rapporter à la congestion ovarienne consécutive à la coprostase ou aux déviations de l'utérus. Mais elles ne durent souvent qu'un jour ou deux, parfois quelques heures seulement. Elle semble alors tenir plutôt à l'instabilité nerveuse et à l'ataxie des réflexes qui sont le fond commun de toutes les céphalées génitales, mais qui acquièrent ici une importance presque exclusive. L'utérus et l'ovaire traduisent leur souffrance à distance par des manifestations du côté de la tête, comme du côté des reins, de l'estomac ou du cœur. La céphalée est alors justiciable du port d'une ceinture ou d'un pessaire,

de l'usage régulier des purgatifs, et, au besoin, des analgésiques.

PSEUDO-MYXŒDÈME. — L'insuffisance de l'ovaire, par le ralentissement qu'elle impose à la nutrition générale, détermine une surcharge graisseuse, un empatement des tissus déjà sensible chez beaucoup de chlorotiques ou chez les femmes parvenues à l'âge critique, mais qui, dans certaines circonstances, et particulièrement à la suite de l'ablation des annexes, surtout lorsqu'elle est pratiquée en pleine vie génitale, s'exagèrent au point de simuler le myxœdème.

Mais le pouls est à peine ralenti, la température presque normale, et s'il y a des insomnies, des cauchemars, de l'apathie intellectuelle, de la dépression mentale, l'asthénie nerveuse ou musculaire est moins prononcée que dans le myxœdème vrai.

C'est le pseudo-myxœdème dont nous avons déjà parlé. L'opothérapie ovarienne l'améliore sensiblement. Nous avons vu dans un cas le traitement par les extraits d'ovaire guérir en moins de vingt jours, la céphalée, dégager complètement le visage de la bouffissure qui le déformait et rapetissait les fentes palpébrales, et dissiper en partie la tristesse habituelle de la malade.

SYNERGIE THYRO-OVARIENNE. — L'insuffisance ovarienne n'aboutit pas communément au pseudo-myxœdème. La plupart des femmes présentent, à cet égard, une immunité dont les raisons sont souvent obscures. Il en est une cependant qui a été

mise en lumière, dans ces dernières années, et qui tient à la suppléance exercée par la thyroïde.

Le corps thyroïde et l'ovaire semblent en effet exercer sur la nutrition une action sensiblement du même ordre. De plus, ils sont solidaires l'un de l'autre, de sorte que toute défaillance de l'un amène plus ou moins rapidement dans l'autre une hypertrophie compensatrice. Nous ne dirons rien des travaux qui justifient cette thèse. Mais nous croyons devoir citer une observation qui nous est personnelle. Nous avons vu, chez une aménorrhéique présentant le syndrome basedowiforme, le goître grossir, en une nuit, d'une façon très marquée, et acquérir en même temps une dureté anormale, dès la suspension de l'opothérapie ovarienne à laquelle elle était soumise (obs. V). Le volume de la glande diminua d'ailleurs assez vite et, quatre jours plus tard, était revenu à ses premières dimensions, sans que la médication ovarienne eût été reprise.

Mais il est possible que, malgré l'insuffisance de l'ovaire, la thyroïde ne s'hypertrophie pas et soit dès lors en état d'insuffisance relative. Il peut alors être indiqué de suppléer à son inertie par des préparations thyroïdiennes.

Supposons en effet que l'insuffisance de l'ovaire ne soit pas totale et qu'elle porte uniquement sur sa partie interstitielle, le corps jaune étant au contraire suractif. On pourrait craindre, dans ce cas, que les extraits préparés avec la totalité de la glande ne stimulent l'utérus, en même temps que tout le reste

de l'organisme, et ne deviennent une cause de danger, en augmentant le flux sanguin déjà trop abondant.

On obvierait peut-être à cet inconvénient en excluant le corps jaune de la médication. Mais la poudre de thyroïde, qui n'a pas sur l'utérus l'action spécifique de l'ovaire, permet de tourner la difficulté. Elle amène souvent la disparition de la céphalée, le dégagement des traits du visage, diminue l'adiposité générale, atténue l'asthénie, et contribue peut-être à modérer l'hémorragie (obs. XI), car le corps thyroïde paraît avoir une action inhibitrice sur l'appareil menstruel et sur les hémorragies utérines (Hertoghe).

SYNDROME BASEDOWIFORME. — Il arrive parfois que l'hypertrophie du corps thyroïde s'exagère et dépasse les besoins créés dans l'organisme par l'insuffisance de l'ovaire. On peut alors assister à l'apparition d'un syndrome qui rappelle par beaucoup de points la maladie de Basedow : goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement, émotivité. Mais il n'y a ni surexcitation nerveuse, ni crises de diarrhée. L'on observe plutôt du découragement, de la nonchalance, de la constipation et quelquefois un empâtement des tissus qui témoignent d'une insuffisance ovarienne. C'est le syndrome basedowiforme décrit par M. Dalché. (*La puberté chez la femme.*)

D'où vient cette réaction excessive de la thyroïde vis-à-vis de l'insuffisance ovarienne ? Porte-t-elle sur toutes les fonctions de la glande ou seulement sur quelques-unes d'entre elles ? Nous n'avons pas à

examiner ces questions, mais nous devons constater qu'elle paraît, en général, commandée par l'insuffisance ovarienne, et qu'en remédiant à celle-ci on obtient souvent, sinon la guérison, du moins la régression des principaux éléments du syndrome. Nous avons rapporté un cas (obs. V) où leur apparition, nettement postérieure à une aménorrhée d'origine hypo-ovarienne avait paru indiquer les préparations d'ovaire. Le traitement prolongé pendant trois mois fit disparaître le goitre et l'exophtalmie, guérit le tremblement, d'ailleurs léger et intermittent, ainsi que la céphalée et ne laissa subsister que la tachycardie en l'atténuant sensiblement.

QUATRIÈME PARTIE

Thérapeutique

En présence d'une céphalée génitale, on pourra songer à lui opposer un des nombreux analgésiques en usage. Mais cette médication, souvent renouvelée, a l'inconvénient d'engendrer des troubles gastriques qui s'ajoutent à l'affection causale pour maintenir et aggraver la céphalée. Il ne faudra donc y recourir que s'il s'agit d'un accès habituellement très court comme ceux qui accompagnent les règles normales, ou d'un paroxysme vraiment intolérable.

Toutes les céphalées génitales ne sont pas justifiables de l'opothérapie. C'est le cas, nous l'avons dit, des céphalées des règles normales, pour lesquelles cependant la théorie semblerait assez souvent indiquer l'opothérapie interstitielle.

Les céphalées de la dysménorrhée, des ménorrhagies et des métrorrhagies, de l'aménorrhée accidentelle relèvent du traitement de ces affections.

Dysménorrhée : redressement d'une déviation utérine, suppression de la coprostase, injections antiseptiques, etc.

Ménorrhagies et métrorrhagies : le traitement pré-

cèdent et : repos au lit, ergotine, douches plantaires, tamponnements, injections chaudes et froides. Les injections froides réussissent souvent là où les injections chaudes ont échoué.

Aménorrhée accidentelle : révulsion sur le haut des cuisses, sur le pubis, etc.

Dans l'aménorrhée chlorotique, on pourra essayer l'opothérapie ovarienne, mais le traitement général donnera souvent de meilleurs résultats.

Dans l'aménorrhée accidentelle prolongée, dans l'aménorrhée naturelle avec ou sans syndrome basedowiforme, avec ou sans pseudo-myxœdème, dans la ménopause naturelle ou chirurgicale, on donnera les préparations d'ovaires, vin d'ovaires peptonisés, ou poudre d'ovaires, à la dose de 0 gr. 40, par jour, en deux cachets. Les céphalées de la ménopause chirurgicale demanderont un traitement d'autant plus prolongé, que l'opération aura été pratiquée à une époque plus rapprochée du début de la vie génitale.

L'opothérapie thyroïdienne sera indiquée pour les céphalées des métrorragies qui s'accompagnent de pseudo-myxœdème. On pourra donner 0 gr. 20 de poudre de thyroïde, en deux cachets, pendant très longtemps, à condition de surveiller les malades et d'interrompre la médication, dès l'apparition des premiers phénomènes d'intoxication.

Aux céphalées de la puberté, on pourra en principe opposer le traitement des troubles menstruels aux-

quels elles paraissent liées, mais en lui faisant subir les modifications que commandent les conditions spéciales à cet âge de la vie, et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

CONCLUSIONS

I. — Il y a des céphalées d'origine génitale. Elles sont plus fréquentes qu'on ne le pensait autrefois, et il faut toujours y songer quand, au cours de sa vie génitale, des approches de la puberté à la fin de la ménopause, une femme accuse des maux de tête.

II. — On ne les observe que chez les nerveuses. Leur apparition est donc subordonnée à deux éléments dont l'importance relative peut, suivant les cas, être très différente : un élément nerveux et un élément génital et plus spécialement ovarien.

III. — Il n'est pas rare que l'élément nerveux l'emporte nettement sur l'élément génital. Le traitement local peut alors être très efficace : redressement d'une déviation utérine, suppression de la coprostase, révulsion sur les membres inférieurs dans l'aménorrhée accidentelle, etc.

IV. — Assez souvent, au contraire, c'est l'élément génital qui domine l'étiologie. Il est caractérisé par un trouble fonctionnel de l'ovaire, insuffisance ou exagération totales ou partielles qui, dans certains cas, sont liées à des réactions inverses et compensatrices des fonctions thyroïdiennes.

1^o — a. - L'insuffisance isolée de l'ovaire est une indication presque absolue de l'opothérapie ovarienne. La céphalée est toujours atténuée et disparaît généralement.

b. - Il en est de même, quand à l'insuffisance de l'ovaire s'ajoute une hypertrophie du corps thyroïde. Les préparations d'ovaire ont encore un bon effet, non seulement sur la céphalée hyp ovarienne, mais encore sur les signes d'hyperthyroïdie.

c. - Lorsque l'insuffisance de l'ovaire est limitée à la partie interstitielle, le corps jaune étant au contraire suractif, l'adjonction d'une insuffisance absolue ou relative de la thyroïde impose l'opothérapie thyroïdienne qui réveille la thyroïde et seconde l'action du traitement local sur les organes génitaux.

2^o — La suractivité isolée de l'ovaire exclut l'opothérapie au profit du traitement local ou général : repos au lit, irrigations froides, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Aménorrhée accidentelle

M^{lle} V. M..., dix-neuf ans. Bien réglée depuis l'âge de onze ans. Très nerveuse.

En février dernier, à la suite d'un bain chaud de dix minutes, ses règles qui venaient d'apparaître, s'arrêtèrent brusquement.

Immédiatement, congestion du visage et céphalée d'abord légère, mais qui le soir devient très violente. La nuit est agitée, il y a un peu de délire.

La céphalée est continue, mais surtout nocturne. Elle occupe le vertex et surtout l'occiput et les deux pariétaux. Elle est plus vive le soir que le matin. Ses paroxysmes sont accompagnés de sueurs limitées au front.

Traitement. — Révulsion sur le haut des cuisses, à la partie interne et sur le pubis.

Onze jours après, les règles reviennent et durent une demi-journée. Le mal de tête s'atténue légèrement mais ne disparaît que vingt jours plus tard.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade éprouvait, dans la fosse iliaque droite une douleur qui jointe à son inappétence absolue, aux irrégularités de sa température et à la fréquence

de ses vomissements firent diagnostiquer le reveil d'une appendicite dont elle avait été atteinte et guérie médicalement, trois ans auparavant. Elle fut de nouveau soumise au traitement médical, mais quitta volontairement l'hôpital, trois mois plus tard, sans aucune amélioration.

OBSERVATION II

N. B. — Nous devons le fond des observations II, IX et XIV à la bienveillance de M. Dalché.

Aménorrhée tuberculeuse

M^{me} G. M..., trente ans, sans enfants, est atteinte depuis longtemps de tuberculose pulmonaire très légère, avec tendance à la guérison par sclérose.

Depuis huit à dix mois, sous l'influence de ses lésions pulmonaires, ses règles ont diminué. Elles durent à peine un jour et sont peu colorées.

En même temps, apparition de céphalées prémenstruelles qui nécessitent le repos au lit. Le traitement par la poudre d'ovaire a amené la disparition des maux de tête. Il n'en est résulté aucun inconvénient pour la tuberculose.

OBSERVATION III

Aménorrhée natuelle. — Utérus normal

M^{me} M..., vingt-sept ans, sans enfants. Réglée à dix-huit ans, et d'une façon irrégulière jusqu'à dix-neuf. A ce moment les règles se suppriment et ne reviennent plus.

Depuis, la malade éprouve tous les mois des douleurs

abdominales et quelquefois lombaires, et une céphalée parfois générale avec hyperesthésie du cuir chevelu qui rend la palpation douloureuse, ordinairement frontale et bitemporale, avec battements et photophobie qui dure un jour ou deux.

Dans l'intervalle surviennent irrégulièrement des céphalées qui durent huit jours. Elles sont frontales et moins violentes que les précédentes.

La malade est sujette aux bouffées de chaleur, aux palpitations, aux cauchemars ; elle est triste et asthénique.

Traitement. — Poudre d'ovaires, 0 gr. 40 par jour en deux cachets.

Après deux mois de traitement, les règles ne sont pas revenues, mais la céphalée a disparu presque complètement et a perdu son caractère périodique. L'appétit et les forces ont augmenté. Le caractère est devenu presque gai. Il n'y a plus de constipation.

OBSERVATION IV

Aménorrhée avec chlorose.

M^{me} M. G.... âgée de dix-huit ans et demi. Premiers rapports à quatorze ans. Réglée à quinze ans, puis irrégulièrement chaque deux ou trois mois, pendant deux jours.

Quatre mois avant son entrée dans le service, a été atteinte d'une céphalée très vive qui ne l'a plus quittée. Elle occupe toute la tête sauf l'occiput, est plus vive dans la station debout que dans le décubitus, mais empêche rarement le sommeil.

La malade a le teint verdâtre. L'on entend des souffles,

dans la région du cœur et dans les jugulaires. Elle a bon appétit, ses selles sont normales. Elle est déprimée, mais n'a pas de cauchemars.

Traitement. — Vin d'ovaires peptonisés pendant un mois. A ce moment, le vin d'ovaires est supprimé et on se borne au traitement général : repos au lit, etc.

Peu de jours après, anorexie complète, vomissements fréquents mais avec efforts, délire nocturne et, surtout le matin, diplopie horizontale homonyme droite.

Cet état persiste une douzaine de jours, puis la céphalée s'atténue peu à peu et disparaît. La dépression nerveuse diminue, et la malade quitte le service, après deux mois de séjour, à peu près guérie, sauf en ce qui concerne les règles qui sont toujours aussi insuffisantes.

OBSERVATION V

Aménorrhée et syndrome basedowiforme

M^{me} B. C..., trente-trois ans ; trois grossesses dont deux à terme.

Réglée à neuf ans et demi, et depuis très régulièrement tous les vingt-cinq jours, chaque fois pendant huit jours. En juillet 1907, elle apprend à l'improviste la mort de son mari, et ses règles qui étaient au troisième jour, s'arrêtent brusquement pour ne reparaitre que quatre mois après, une dernière fois et pendant un jour seulement.

Depuis, elle est en proie à une céphalée intense et continue qui occupe l'occiput, le vertex, les deux pariétaux et le dessus des orbites.

Elle est sujette à des hémoptysies et à des épistaxis à répétition. Sa voix est devenue rauque, son cou a grossi, ses yeux sont devenus saillants, son cœur s'est accéléré, et quand elle entre dans le service, elle présente la plupart des signes de la maladie de Basedow : goitre symétrique très apparent, exophtalmie légère mais suffisante pour empêcher l'occlusion complète des paupières, tachycardie prononcée, agitation, mais tremblement léger et n'apparaissant que le matin, et pas de diarrhée.

Elle est triste, dort peu et ses courts instants de sommeil sont troublés par des cauchemars.

L'examen de la gorge montre l'absence de lésions tuberculeuses, celui des crachats ne révèle pas de bacilles de Koch.

Diagnostic. — Insuffisance ovarienne avec syndrome basedowiforme.

Traitement. — Vin d'ovaires peptonisés, trois cuillerées par jour.

A partir de ce moment, le goitre, l'exophtalmie et le tremblement rétrocedent et disparaissent. La céphalée persiste, en s'atténuant encore deux mois, la tachycardie et l'aménorrhée ne sont pas modifiées.

Quoi qu'il en soit, la malade quitte l'hôpital, après trois mois de traitement, très améliorée et prête à reprendre son travail.

Remarque. — A la suite d'une suppression momentanée du vin d'ovaires, le goitre avait reparu en une nuit, avec son volume primitif. Il retrocède d'ailleurs complètement en quatre jours, avant que la médication eût été reprise.

OBSERVATION VI

Dysménorrhée avec tendance à l'aménorrhée.

Utérus antéfléchi

M^{me} F. M. . . , trente-deux ans, sans enfants.

Réglée à quatorze ans, et depuis assez régulièrement, tous les vingt jours, pendant quatre ou cinq jours et sans douleurs.

Depuis deux ans, les règles ne durent que deux jours. Leur apparition est annoncée par une céphalée frontale, réduite à une sensation de pesanteur, qui dure un jour et disparaît dès que l'écoulement du sang a commencé. Leur début est marqué par une douleur de ventre très vive, mais qui ne dure que quelques heures ou au plus une demi-journée.

La malade est très constipée et pendant longtemps n'est allée à la selle que tous les huit jours. Depuis deux mois, elle a une selle tous les matins grâce à un lavement.

Traitement. — Irrigations, laxatifs, repos, n'a pu donner sa mesure, la malade n'étant restée que [huit jours dans le service.

OBSERVATION VII

Dysménorrhée

M^{lle} B. G. . . , vingt-quatre ans. Réglée à quinze ans et depuis régulièrement tous les mois, pendant quatre ou cinq jours.

Depuis six ans, les règles sont annoncées, deux ou trois heures à l'avance, par des douleurs abdominales et lombaires

très violentes qui durent deux jours. Il y a en même temps une céphalée intense, localisée au front, aux tempes et au vertex. Le deuxième jour, surviennent des vomissements et tous ces symptômes disparaissent.

OBSERVATION VIII

Dysménorrhée, métrite

M^{me} M. D., vingt six ans, deux fausses couches.

Les règles ont paru, pour la première fois à treize ans. Depuis elles sont revenues tous les vingt-trois jours avec une durée moyenne de huit jours.

A dix-sept ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, la menstruation devient irrégulière et l'écoulement du sang ne dure que deux ou trois jours.

Il y a trois mois, fausse couche de deux mois. Depuis, les règles sont précédées, pendant quatre jours, de douleurs très vives dans le ventre et dans les reins, et de céphalée pulsative occipitale et bitemporale.

Cet état s'amende dès l'apparition des règles mais ne prend fin qu'avec elles.

OBSERVATION IX

Dysménorrhée avec sclérose utérine, règles très abondante.

M^{me} P. D., trente-trois ans, neuro-arthritique, a eu trois enfants en deux ans.

Depuis sa puberté et surtout depuis son dernier accouchement, est atteinte de céphalée menstruelle qui éclate la

veille des règles, l'oblige à prendre le lit, résiste à l'antipyrine et au pyramidon, dure un jour ou trente-six heures et laisse la malade absolument brisée.

Traitement. — Cachet de poudre d'ovaire de 0 gr. 20, deux par jour. La céphalée de la venue des règles a diminué ; celle de la fin a disparu.

OBSERVATION X

Métrorrhagies avec dysménorrhée, endométrite

M^{me} M. S..., âgée de trente-trois ans, sans enfants.

Ses premières règles n'ont apparu qu'à dix-neuf ans. Depuis, elles sont revenues régulièrement à vingt-quatre jours d'intervalle jusqu'à l'âge de vingt et un ans. Elles duraient cinq à six jours, étaient accompagnées d'une céphalée légère qui commençait avec elles et était remplacée, les deux derniers jours, par un accès de migraine, avec nausées et vomissements.

A vingt et un ans, elle fait une fausse couche et ses règles se modifient. Elles se prolongent de huit à douze jours, toujours accompagnées d'une céphalée légère, mais sans accès de migraine.

A la fin de décembre 1907 survient une métrorrhagie qui dure encore, trois mois après, quand la malade entre à l'hôpital.

Le repos au lit, l'ergotine, les tamponnements gélatinés, les injections froides ont raison de l'hémorrhagie, et la malade sort guérie après trente-cinq jours de traitement.

Dès le début de l'hémorrhagie, la malade est sujette aux

vertiges et éprouve une céphalée diffuse, plus marquée, par instants, au front, à l'occiput ou aux tempes. Elle s'atténue quand l'écoulement du sang s'arrête, pour reprendre avec la même intensité dès qu'il recommence. Elle est plus vive la nuit que le jour. Le jour, elle est plus violente dans la position assise que dans le décubitus. La nuit, c'est le contraire.

OBSERVATION XI

Métrorrhagies et pseudo-myxœdème

Mlle M. G..., trente-six ans, n'a jamais eu de rapports.

Réglée à quatorze ans, et ensuite assez irrégulièrement, tous les vingt ou vingt-cinq jours jusqu'à l'âge de trente-quatre ans.

A ce moment, ménorrhagies, puis métrorrhagies qui furent arrêtées, au bout de cinq mois par le traitement, mais reprirent six mois plus tard.

La malade perd presque constamment mais reconnaît ses règles.

Depuis trois mois, céphalée continuelle, étendue à tout le crâne, mais plus marquée sur les yeux, l'occiput et le vertex où la moindre pression l'exaspère ; plus vive la nuit que le jour, et le soir que le matin.

Celle qui correspond aux métrorrhagies augmente d'intensité un jour ou deux avant l'apparition du sang, se maintient au même degré jusqu'à la fin de l'éruption, se calme à ce moment, pour reparaître cinq ou six jours plus tard, avec une intensité moindre. Quand elle correspond aux règles, elle s'atténue pendant toute leur durée.

Elle s'accompagne de vertiges, de bouffées de chaleur, de crises de sueur, de palpitations, de douleurs dans le dos, les reins, les jambes et le ventre.

La malade a constamment froid aux jambes, et chaud dans le haut du corps. Elle a des idées noires et des cauchemars ; somnolente, le jour ; la nuit, elle ne dort pas. Elle est incapable du moindre effort.

Depuis deux ans, elle a grossi énormément, surtout au niveau des hanches, son visage est bouffi, mais coloré, ses tissus sont empâtés. Le sourcil est peu pileux, surtout dans le tiers externe. La thyroïde paraît à peu près normale.

L'utérus est rétrofléchi.

Diagnostic. — Métrorrhagies et pseudo-myxœdème par insuffisance ovarienne.

Traitement. — Repos au lit, injections, pessaire et poudre de thyroïde. En deux mois et demi, la malade a pris cent vingt cachets de poudre de 0 gr. 10, à raison de deux par jour, avec des interruptions dont le total s'élève à vingt jours.

Résultat. — Les pertes se sont arrêtées et la céphalée à presque complètement disparu. Le pseudo-myxœdème a rétrocedé. Le visage s'est dégagé de sa bouffissure, les téguments ont repris leur souplesse, l'adiposité a diminué sauf au niveau des hanches. Les bouffées de chaleur et les palpitations se sont atténuées. Les forces sont en partie revenues.

OBSERVATION XII

Ménopause naturelle

M^{me} M. C..., cinquante-deux ans. Réglée régulièrement à dix-huit ans, jusqu'à quarante-neuf ans.

A ce moment, les règles s'espacent, et, un an après, se suppriment.

Du jour où la menstruation est devenue irrégulière, céphalées fréquentes, durant deux jours, frontales et surtout occipitales, avec photophobie, vertiges, bouffées de chaleur et, quelquefois des vomissements. Insomnies et cauchemars.

Traitement. — Poudre d'ovaire, 0 gr. 40 par jour, en deux cachets.

La malade sort très améliorée après deux semaines de traitement.

OBSERVATION XIII

Ménopause chirurgicale avec pseudo-myxœdème

M^{me} F. G..., vingt et un ans.

Réglée régulièrement de quatorze ans et demi à dix-sept ans. Les règles durent quatre jours, sont précédées, pendant trois ou quatre jours, de coliques peu violentes qui persistent pendant l'éruption et s'accompagnent à ce moment d'une céphalée légère.

A dix-sept ans, grossesse. Après l'accouchement, salpingite double qui nécessite l'ablation des annexes.

Depuis, bouffées de chaleur fréquentes, et maux de tête,

de deux jours de durée, violents et continus, au moment où les règles devraient revenir.

Depuis l'opération, les règles ont reparu quatre fois, à six mois d'intervalle, accompagnées, pendant deux jours d'une céphalée peu violente et rappelant les céphalées anciennes.

Dans les deux derniers mois, la céphalée est devenue continue et intense au point d'empêcher le sommeil. Elle occupe toute la tête, sauf l'occiput et présente son maximum au vertex. Elle est plus vive dans la station debout que dans le décubitus.

Depuis deux ans, la malade a engraisé, surtout au niveau des hanches. Son visage est devenu plein et même bouffi; les paupières présentent un gonflement qui s'exagère au moment des paroxysmes de céphalée. Les yeux sont rapetissés, surtout à droite. Les téguments sont empâtés, le corps thyroïde paraît un peu atrophié, Sur le cou, pigmentation ovarienne rappelant le virtiligo.

Pendant cinq jours, strabisme externe de l'œil droit et diplopie empêchant la lecture.

La malade présente des alternatives d'agitation et de somnolence.

Traitement. — Pseudo-myxœdème par insuffisance ovarienne.

Diagnostic. — Vin d'ovaires peptonisés.

La malade quitte le service après vingt jours de traitement. Les symptômes de myxœdème se sont très atténués, la céphalée a presque disparu.

OBSERVATION XIV

Ménopause chirurgicale

M^{me} J. M..., trente-huit ans. A trente et un ans ablation des annexes gauches, par suite de grossesse tubaire. Un an plus tard, nouvelle grossesse tubaire qui nécessite l'ablation des annexes droites.

Pendant trois ans, n'éprouve rien de particulier, sauf un peu de lourdeur épigastrique après chaque repas.

A ce moment, la malade qui d'ailleurs a toujours été très nerveuse, commence à éprouver des bouffées de chaleur, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des palpitations, des tremblements, des cauchemars et des céphalées violentes et presque continues, occupant le front, les yeux et l'occiput. Tous ces symptômes s'exagèrent au moment où les règles devraient paraître et rendent tout travail impossible.

Traitement. — Vin d'ovaires peptonisés, deux cuillerées par jour, pendant trois semaines sur quatre.

Huit mois après, la malade se présente de nouveau à la consultation de M. Dalché. Tous les phénomènes pénibles ont disparu, mais tendent à reparaître, dès que la médication est suspendue.

Vu : le président de la thèse,

POUCHET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Achard* (Ch.). — Céphalalgie. Traité de médec., et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. VIII.
- Blache*. — Céphalées de croissance. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1883, t. I, fasc. 117 et 165
- Barié*. — Etudes sur la ménopause. Thèse de Paris, 1877, t. II.
- Balzer*. — Syphilis. Traité de méd. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. II.
- Batnaud*. — Neurasthénie génitale féminine. Revue des maladies de la nutri., avril 1905.
- Boix* (Emile). — Goître exophtalmique. Traité de médecine. Bouchard et Brissaud, t. X.
- Bourges*. — Myxœdème. Manuel de médec. et de thérapeut. Debove et Achard, t. IV.
- Brissaud* (E.). — Neurasthénie. Traité de médec. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. X.
- Migraine. Traité de médec. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. X.
- Charrin*. — Gazette hebdomadaire de méd. et de chir., n° 1, 2 janvier 1896. Leçons de pathologie appliquée à la médecine. Paris, 1897.

Courtois-Suffit. — Tuberculose. Manuel de médec. Debove et Achard, t. IX.

— Urémie. Manuel de médec. Debove et Achard, t. VI.

Dalché. — Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypofonction ovarienne. Rev. de gynécologie et de chirurg. abdom., 1898.

— La puberté chez la femme.

— Métrorrhagies de la ménopause, Bulletin médical, 5 février 1908.

— Dystrophie ovarienne, Soc. médic. des hôpit., 14 nov. 1905.

— Céphalée pubérale. Gazette des Hôp., 31 mars 1908.

Dorcanne-Mouroux. — Ménopause précoce. Thèse de Paris, 1904-1905, t. XXI.

Darier et Rist. — Syphilis. Manuel de méd. Debove et Achard, t. IX.

Déjerine. — Séméiologie du système nerveux. Pathologie générale. Ch. Bouchard, t. V.

Delbet (P.). — Séméiologie des organes génitaux. Pathologie générale Ch. Bouchard, t. V.

Dutil (H.). — Neurasthénie. Traité de médecine. Bouchard et Brissaud, t. X.

Dutil et Laubry (H.). — Hystérie. Traité de médecine. Bouchard et Brissaud, t. X.

Fachatte. — Puberté et premiers troubles menstruels. Thèse de Paris, 1897-1898, t. XIV.

Francillon (M^{lle}). — Puberté chez la femme. Thèse de Paris, 1905-1906, t. XIX.

Hutinel. — Méningites aiguës. Traité de médecine et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. IX.

Jardry. — Sécrétion interne de l'ovaire; synergie thyro-ovarienne. Thèse de Paris, 1906-1907, t. XXI.

Gilbert. — Opothérapie dans l'aménorrhée et la dysménorrhée. Thèse de Paris, 1898-1899, t. XXII.

Guinon (G.) — Maladies des méninges. Traité de médecine. Bouchard et Brissaud, t. IX.

Jayles. — Efforts physiologiques de la castration chez la femme. Revue de gynécol. et de chirur. abdom., juin 1897.

— Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle. Revue de gynécologie, avril 1898.

— Opothérapie ovarienne. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, juin 1903.

Keiffer. — Fonctions glandulaires de l'utérus. Archives de physiol., juillet 1897.

Klippel. — Syphilis cérébrale. Traité de méd. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. VIII.

Lévi (Léopold) et *Rothschild* (Henri de). — Etudes sur la physio-pathologie du corps thyoïde et de l'hypophyse.

Létienne (A.). — Goitre exophtalmique. Manuel de médecine. Debove et Achard, t. IV.

Lubetzki (M^{lle}). — Causes de la céphalée neurasthénique. Thèse de Paris, 1899-1900, t. XXVII.

Marie (Pierre). — Congestion et anémie cérébrales. Traité de méd. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. VIII.

Mauclaire. — Neurasthénie génitale pré et post-opératoire.

- Revue génér. de clinique et de therap., sept. 1905.
- Moreau*. — Opothérapie ovarienne dans la maladie de Basedow chez la femme. Thèse de Paris, 1898-1899, t. XXXVI.
- Massé*. — L'opothérapie ovarienne, 1899.
- Netter*. — Rapports de la chlorose avec la menstruation. Thèse de Paris, 1898-1899, t. XXVII.
- Parmentier*. — Chlorose. Traité de méd. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. VI.
- Pozzi*. — Traité de gynécologie, 4^e édition, 1907.
- Richardière*. — Diabète sucré. Troubles de la nutrition, arthritisme. Traité de médecine et de therap. Brouardel et Gilbert, t. III.
- Robin et Dalché*. — Gynécologie médicale.
- Sainton (Paul)*. — Goitre exophtalmique. Traité de méd. et de thérapeut. Brouardel et Gilbert, t. X.
- Savatier*. — Menstruation et ses troubles. Thèse de Paris, 1900-1901, t. LIV.
- Siredéy*. — Maladies des organes génitaux de la femme. Traité de méd. et de therap. Brouardel et Gilbert, t. V.
- Souques*. — Myxœdème. Traité de médecine. Bouchard et Brissaud, t. X.
- Tobler (M^{lle} Maria)*. — Ueber den Einfluss der Menstruation Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynækologie.
- Thiercelin*. — Opothérapie ovarienne. Thèse de Paris, 1898-1899, t. XLVII.
- Trousseau*. — Aménorrhée et fièvre ménorragique. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 8^e édition, t. III.

